Rok LIII. Kraków, dnia 10 stycznia 1914 Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

PROF. DR. ERWIN MIĘSOWICZ

W krótkim czasie, bo niespełna w przeciągu jednego roku, ponosi Wydział medyczny Wszechnicy Jagiellońskiej trzecią stratę; obecnie tem boleśniejszą, że dotyczy ona jednego z bardzo młodych jego członków, który pada już w samym początku swej pracy naukowo-zawodowej. Dnia 2. stycznia b. r. zmarł nagle w Krakowie na udar mózgowy profesor medycyny wewnętrznej, Dr Erwin Mięsowicz, w 38. roku życia.

Ś. p. Erwin Mięsowicz urodził się 1875 r. w Turce pod Samborem, studya gimnazyalne ukończył z postępem znakomitym w Krakowie 1893 r., poczem wstąpił do Uniwersytetu Jagiellońskiego jako uczeń Wydziału medycznego, który ukończył chlubnie w r. 1899, otrzymując dyplom doktorski. Podczas swych studyów lekarskich starał się wykształcić wszechstronnie; oddawał się między innemi przez dłuższy czas porównawczym ćwiczeniom zoologicznym w pracowni prof. Hoyera w Krakowie. Jako uczeń Uniwersytetu oddawał się też z wielkiem zamiłowaniem ćwiczeniom gimnastycznym, propagował je z podkładem naukowym niezmiernie gorliwie między młodzieżą i z tego zapału był w kołach Sokolstwa ogólnie znany.

W r. 1900 wstąpił do kliniki medycznej, gdzie jako asystent pracował i kształcił się pod kierownictwem Edwarda Korczyńskiego, a następnie Walerego Jaworskiego aż do roku 1912. W r. 1907 habilitował się jako docent medycyny wewnętrznej, a w r. 1911 został tytularnym profesorem tej gałęzi medycyny. Jako asystent prowadził on przeważnie całe ambulatoryum kliniczne, a jako docent ćwiczenia w badaniu fizycznem chorych i mikroskopię kliniczną. W r. 1906 odbył dłuższą podróż naukową do Berlina i Strassburga, gdzie pracował w klinice prof. Krehla, a tu najwięcej zajmował się chorobami narządu krążenia.

Od r. 1909 był prezesem »Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich«, a od r. 1911 przewodniczącym Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Prof. Mięsowicz był obdarzony wyjątkowem uzdolnieniem i posiadł gruntowną wiedzę; przez to był wielce ceniony przez uczniów, kolegów i przełożonych. Prace Jego naukowe odznaczają się wielką logicznością, subtelnością krytyczną, jasnym poglądem i wielką dokładnością, jakby były wycyzelowane. Wielką zasługę położył prof. Mięsowicz przez opracowanie dzieła »Sposoby badania klinicznego«. Jest to pierwsze w tym zakresie oryginalne dzieło w języku polskim. Dwa zeszyty tego dzieła wyszły, ukazaniu się trzeciego i ostatniego, przygotowanego do druku, przeszkodziła przedwczesna śmierć autora.

Jako nauczyciel wykładał prof. Mięsowicz ze spokojem i jasnością, umiał uwypuklić rzeczy ważniejsze, odgadnąć i nauczyć uczniów tego, czego im brakuje lub co jest dla nich trudno zrozumiałem. Był też przez nich wysoko cenionym nauczycielem.

W ostatnich kilku latach był prof. Mięsowicz bardzo poszukiwanym konsultantem i praktykiem. Chorzy garnęli się do Niego ani z powodu poleceń, ani z powodu sposobu zachowania się, lecz z powodu trafności rozpoznania cierpienia i przepisu leczniczego. Miał On bowiem dar pochwycenia najistotniejszych objawów chorobowych, a do tego doszedł przy swoim wielkim zmyśle spostrzegawczym przez ogromną wprawę kliniczną. Przez czas Jego praktyki klinicznej przesunęło się przez Jego ręce przeszło pięćdziesiąt tysięcy chorych. Doszedł On do tak znacznej wprawy dyagnostycznej, że rozpoznawał często trafnie chorobę z pierwszego już wejrzenia chorego, dochodząc odrazu do rozpoznania, które szczegółowe badanie kliniczne zwykle całkowicie potwierdzało. W przypadkach trudnych umiał On szczęśliwie łączyć naukowe dociekanie laboratoryjne z badaniem zewnętrznem chorego, będąc typem nowoczesnego postępowego klinicysty.

Profesor Mięsowicz należał do ludzi bardzo uczynnych, a szczerych, mówiących serdecznie i otwarcie bez ogródek, co czują i myślą, nie dając się kierować względami postronnymi. Był też zrozumiany i lubiany przez wszystkich, którzy się z Nim dłużej stykali. Bardzo ograniczone wytężoną pracą wolne chwile poświęcał najmilej swemu małemu kółku rodzinnemu, składającemu się z Małżonki, z domu Korczyńskiej i dwóch nieletnich synków. Przedwcześnie zgasł dla nich i dla nauki, jak świetny meteor; składamy z Nim do grobu poważne zasługi, a wielkie i uzasadnione nadzieje.

Cześć Jego zacnej pamięci! W. Jaworski.

Prace i publikacye prof. Męsowicza, ogłoszone drukiem, są następujące:

1) Über einen seltenen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Muskelatrophien (Wiener kl. W. 1904, 45).

2) Drugi rzadki przypadek choroby Basedowa ze zanikiem mięśni kończyn górnych, a śluzakowatemi zmianami dolnych (Gaz. lek. 1905).

3) Chlorbarium als Herzmittel (Wien. therap. Woch. 1905,36)

4) Przyczynki do nauki o sprawach septycznych (Nowiny lek. 1905).

5) Über die therapeutische Wirkung des Römer'schen Serums bei der croupösen Pneumonie (Wiener klin. therap. Wochenschr. 1906, 38).

6) Badania nad zmianami wewnętrznych narządów królika po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny (Sprawozdania Akademii Um. w Krakowie. Wydz. mat. przyr. Serya III T. 2 Dz. B).

7) Über experimentelle heteroplastische Knorpelbildung in der Tieraorta. (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anatomie s. 18, 1907).

8) Ueber späte Rachitis (Rhachitis tarda). (Wien. kl. Woch. 1908, 27).

9) Ueber experimentelle Herzhypertrophie. (Wien. kl. Woch. 1909, 13).

10) Observations cliniques sur la présence des substances mydriatiques dans le sérum sanguin de l'homme, par Priv. Doc. Dr. Męsowicz et Dr. A. Maciąg. (Folia serologica II. B. 1909).

11) Recherches cliniques et experimentales sur la présence des substances antitryptiques du serum sanguin de l'homme. E. Męsowicz et A. Maciąg (Intern. Beiträge zur Path. u. Ther. der Ernährungsstöungen I. Bd. H. 2).

12) Ueber den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. W. Jaworski u. E. Męsowicz (Münch. med. Woch. 1909).

13) Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej. (Przegl. lek. 1910, 4).

14) Sposoby badania klinicznego. Zeszyt I. Kraków 1910.

15) O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. (Przegląd lek. 1912, 16.)

16) Sposoby badania klinicznego. Zeszyt II. Kraków 1912.

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał

Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

Ażeby przedstawić obraz wielkiego ruchu naukowego, jaki w ostatnich czasach na polu leczenia złośliwych nowotworów rozrósł się do imponujących wprost rozmiarów, pragnę przedewszystkiem w krótkich zarysach naszkicować te metody leczenia, które zyskały sobie uznanie w nauce, jako samodzielne drogi, częściej jednakże tylko jako kierunki pomocnicze dla rentgenoterapii i radioterapii. Mam tu na myśli leczenie szczepionkami, fermentami, toksynami, a przedewszystkiem środkami chemicznymi i elektrycznością.

Leczenie szczepionkami, t. zw. wakcynoterapia, polega na tem, że z wyciętego nowotworu albo lepiej jeszcze z wyłuszczonych gruczołów sporządza się w specyalny sposób szczepionki, t. zw. autowakcyny, które, po upewnieniu się, że są wolne od bakteryi, najpóźniej w 6 dni po ich przygotowaniu wstrzykuje się podskórnie.

Dotychczasowe, bardzo jeszcze nieliczne doświadczenia w tej dziedzinie zdają się przemawiać za tem, że w niektórych przypadkach można będzie w przyszłości zapomocą wzmocnionych szczepionek, być może w kombinacyi z mezotorem, zapobiedz nawrotom i przerzutom w oddalonych narządach. Dotychczas jednak większego znaczenia wakcynoterapia sobie nie zdobyła i tylko w piśmiennictwie nieliczni badacze (Klemperer, Rovsing, Lunckenbein, Pinkuss i Blumenthal) do prób w tym kierunku zachęcają; na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich opisał Stammler ze szpitala Eppendorfskiego w Hamburgu przypadek usunięcia rozległego nawrotu po wyłuszczeniu rakowatej macicy zapomocą autowakcyny z przerzutu gruczołowego.

Również i leczenie toksynami nie gra dotychczas większej roli, a opiera się na starych spostrzeżeniach Buscha i Volkmanna, że mięsaki niekiedy po przebytej róży znikają; wobec tego wstrzykiwał Colley wyjałowione toksyny róży i prątka krwawego (bacillus prodigiosus) i rzekomo w 5% leczonych przez siebie mięsaków osiągnął trwałe wyleczenie; nigdy zaś skutku nie było u chorych na raka. Ujemną stroną tego leczenia jest wysoka nieraz gorączka, która u chorych, i tak już wyniszczonych przez nowotwór, może być wprost zgubna.

Z innych toksyn należy wspomnieć o antymeristemie; wprawdzie nie posiada on działania swoistego na komórki raka, jednakże nie można mu odmówić pewnego wpływu na obrzęk zapalny dookoła nowotworu, który się może zmniejszyć i przez to nowotwór staje się bardziej ruchomy.

W bardzo również skromnych rozmiarach ziściły się nadzieje, pokładane we wstrzykiwaniach fermentów, które miały strawiać komórki nowotworowe. Wstrzykiwana wprost do nowotworu trypsyna może wprawdzie wywołać w nim częściowe rozmiękczenie i rozpłynięcie, nigdy jednak nie zauważono przy wstrzykiwaniach fermentów z miejsc odległych, ażeby drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych jakiekolwiek zmiany wywołać zdołały. Daleko już lepsze widoki posiada chemoterapia, gdyż dotychczas poszczycić się może pewnemi konkretnemi zdobyczami, szczególnie pod względem leczenia mięsaków. Ze środków chemicznych stosowano oddawna ze stosunkowo największem powodzeniem arszenik, a mianowicie jako rozczyn Fowlera, atoksyl, arsacetynę, salwarsan i neosalwarsan. Nieraz w kombinacyi ze śródżylnemi wstrzykiwaniami thorium X spostrzegano (Pinkuss) wstrzymanie dalszego rozwoju nawet raka na czas dłuższy; podano też w piśmiennictwie dość liczne przypadki zupełnego zniknięcia mięsaków. W szczególności nieraz znakomite wyniki daje wprowadzony śródżylnie i do nowotworu salwarsan w przypadkach mięsaków, złożonych z komórek okrągłych i wrzecionowatych, a także i w niektórych mięsakach limfatycznych (lymphosarcoma). Raki natomiast na salwarsan nie oddziałują.

W ostatnich czasach zyskała chemoterapia nowotworów pewne naukowe podstawy dzięki doświadczeniom na zwierzętach. Ponieważ oddawna wiadomo, że raki i mięsaki wywołują często przerzuty w ustroju drogą naczyń krwionośnych, przeto powstała myśl, ażeby dążyć do zniszczenia nowotworów właśnie na tej drodze; pokazało się też niebawem, że niektóre substancye posiadają działanie wybiór-

cze (elektywne) na komórki nowotworowe, co określono nazwą powinowactwa do nowotworu, »tumoraffin« (Neuberg, Caspari). Substancyę taką, mianowicie seleneozynę, wstrzykiwali Wassermann i Keyser do żyły ogonowej myszy i zdołali ją następnie wykazać w jądrach komórek nowotworowych. Również stwierdzono, że pod wpływem metali w rozczynie koloidalnym rozwija się u myszy w nowotworach niezwykle silne przekrwienie, rozpłynięcie i rozpad jąder komórek nowotworowych, co wiedzie niekiedy do zniknięcia guzów. Na razie dawka lecznicza leży zbyt blizko dawki toksycznej, tak iż doświadczeń tych nie odważono się powtórzyć u ludzi.

W ostatnim jednak czasie Neuberg i Caspari, a niezależnie od nich Gaube de Gers w Paryżu próbowali stosować t. zw. kuprazę, t. j. koloidalny rozczyn miedzi przeciw rakowi u ludzi.

Kombinowano też wstrzykiwania kuprazy z naświetlaniami promieniami Röntgena.

Na odmiennych zasadach oparte są doświadczenia Wernera z Heidelberga i jego współpracowników Schwarza i Szécziego z solami choliny. Autorzy ci wykazali, że przez naświetlanie lecytyny promieniami Röntgena lub radu wytwarza się cholina, która posiada podobne do nich własności. Po wstrzyknięciu 2—5% rozczynu choliny, a lepiej jeszcze mniej trującego związku choliny z kwasem borowym, t. zw. borcholiny czyli enzytolu, występują po kilka dni trwającym okresie utajenia objawy takie, jak po silnych naświetlaniach, a mianowicie: zaczerwienienie skóry lub jej zapalenie, a nawet i martwica, wypadanie włosów, znikanie komórek macierzystych plemników, zmiany w śledzionie i w gruczołach chłonnych, leukopenia, a następnie hyperleukocytoza z rozpadem limfocytów. Nawet płody wewnątrz macicy po podskórnych wstrzykiwaniach choliny obumierają i następuje poronienie. Zjawisko to nazywają Czerny i Werner chemicznem naśladowaniem działania promieni.

W lecie b. r. miałem sposobność zwiedzić słynny Zakład samarytański dla badania i leczenia raka w Heidelbergu i dzięki wielkiej uprzejmości obecnego kierownika, prof. Wernera, następcy Czernego, dowiedziałem się, że wyniki, uzyskane u ludzi zapomocą skombinowanego leczenia wstrzykiwaniami enzytolu i promieniami Röntgena, są tak dobre, iż żadną inną metodą podobnych uzyskać nie było można. Stosowano leczenie to u kilkuset chorych, z których u wielu nietylko można było usunąć guzy i owrzodzenia nowotworowe, ale i wielu z nich jest już przeszło rok bez nawrotu. Autorzy nie łudzą się, iżby w enzytolu znaleźli oddawna poszukiwany środek swoisty przeciwko rakowi; jednakże jest to bezwątpienia środek pomocniczy pierwszorzędnego znaczenia. Zaleta jego leży głównie w tem, że przy równoczesnych wstrzykiwaniach śródżylnych tego przetworu daleko mniejsze dawki promieni wystarczają do osiągnięcia wstecznej przemiany nowotworu i na tem polu polegać ma, zdaniem Wernera, przyszłość tego sposobu leczenia.

Wstrzykuje się 2—5 gramów 10% rozczynu, rozrzedzonego rozczynem fizyologicznym soli aż do 20 gramów, śródżylnie lub do mięśni; w wyjątkowych przypadkach można dawkę tę powiększyć znacznie i powtarzać ją przez dłuższy czas. Jako uboczne objawy występują bóle głowy, nudności i wzniesienia ciepłoty.

Ważną wreszcie rolę w walce z nowotworami odgrywa elektroterapia, stosowana zaś bywa w trojakiej formie; jako operacya zapomocą igły de Foresta, jako termopenetracya czyli diatermia i jako fulguracya. Operacya igłą de Foresta polega na używaniu prądów zmiennych o maksymalnem napięciu 400 wolt i sile 2 do 3 amperów; prąd ten, wypływając z ostrza igły lub noża w postaci łuku świetlnego, rozcina tkanki, tworząc powierzchowny tylko strup, tak iż, niedotykając nawet ciała, możemy z pewnej odległości operować. Nowotwory, usadowione poza jamą otrzewnej i czaszki, oraz poza klatką piersiową, można w ten sposób usunąć, o ile niema potrzeby przerzynać kości, lub odpreparowywać naczyń i nerwów, które mogłyby być zrosłe z nowotworem.

Tam, gdzie zależy nam na tem, ażeby pozostawione ewentualnie w ranie resztki nowotworu zniszczyć i zapobiedz nawrotom, tam uciekamy się do diatermii lub fulguracyi.

Diatermię wykonujemy tym samym przyrządem, który potrzebny jest i do igły de Foresta; wybieramy jednak, jako elektrodę, nie narzędzie ostre, lecz płaską metalową nasadkę.

Stosować diatermię możemy w sposób dwojaki; albo kładziemy elektrodę wprost na skórze i możemy rozgrzać leżące pod nią tkanki, a nawet je wprost ugotować, albo pozostawiamy wolną przestrzeń pomiędzy elektrodą a ciałem i wtedy powierzchnia ciała ulega zwęgleniu przez snop przeskakujących z elektrody iskier; w ten sposób można też wstrzymać małe miąższowe krwawienia.

Diatermia ma wielorakie zastosowanie w chirurgii: możemy nią wyjałowić ranę po operacyach doszczętnych, możemy przez przegrzanie do 50° C. i nieco wyżej zniszczyć pozostałe w ranie komórki nowotworowe, polegając na tem, iż są one wrażliwsze na podniesienie ciepłoty, niż tkanka zdrowa; wreszcie możemy też zniszczyć nowotwór przez ugotowanie go, a nawet zwęglenie; powstałe strupy pozostawia się do dobrowolnej dekarmacyi albo ostrą łyżeczką wygarnia się je natychmiast. Niewielkie nowotwory, które nie leżą w pobliżu wielkich naczyń krwionośnych, można tą metodą w znieczuleniu miejscowem szybko usunąć, prędzej niż przy pomocy promieni Röntgena. W ten sposób wyleczone przypadki nowotworów bez nawrotu w rok po operacyi miałem sposobność widzieć w klinice Nagelschmidta w Berlinie; szczególnie wspaniały był wynik u chorego z rakiem języka, którego cała część, zajęta przez nowotwór, została ugotowana, a po jej oddzieleniu się pozostała gładka blizna. Rakowce (kankroidy) mogą być zniszczone w ciągu kilku sekund.

Szczególne zastosowanie ma diatermia dla uczulania guzów na promienie Röntgena. Leczenie guzów promieniami Röntgena, jak to poniżej szczegółowo postaram się przedstawić, otwiera zupełnie nowe horyzonty Jest faktem stwierdzonym licznemi badaniami drobnowidowemi, że komórki nowotworowe ulegają pod wpływem promieni Röntgena rozpadowi, i to tem łatwiej, im guz powierzchowniej jest położony; przytem niezwykle ważną rolę odgrywa indywidualna wrażliwość nowotworu na promienie; istnieją guzy, które już po minimalnej ilości promieni ulegają przemianie wstecznej i stopniowo znikają; są jednak i takie, które na tysiące jednostek pozostają niewrażliwe pomimo tej samej zupełnie budowy histologicznej. Dlatego dążeniem nowoczesnej rentgenoterapii jest stworzyć takie metody, któremiby można tę indywidualną wrażliwość nowotworu zwiększyć, innemi słowy, uczulić go na promienie Röntgena. Otóż dzięki

badaniom Gottwalda Schwarza pokazało się, że narządy obficie przekrwione są wrażliwsze na naświetlania, niż narządy niedokrwione; a stąd otwiera się nowe pole działania dla diatermii, która, przegrzewając w znacznej głębokości tkanki, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych i temsamem uczula nowotwór. Dla udowodnienia działania tego wykonali Bering i Mayer bardzo ciekawe doświadczenia na jądrach królików; pokazało się mianowicie, że jądro królika diatermizowane i następnie naświetlone, daleko prędzej ulegało zanikowi, aniżeli drugie jądro tylko naświetlone. Ale nietylko samo przekrwienie uczula; bardzo możliwą jest rzeczą, że prądy elektryczne, jakimi w diatermii się posługujemy, tak dalece wstrząsają budową chemiczną komórek nowotworowych, iż już niewielka ilość promieni wystarcza, ażeby je do reszty zniszczyć.

W tych przypadkach, gdzie dla usunięcia nowotworu diatermia ze względów anatomicznych z powodu bliskości wielkich naczyń i nerwów jest przeciwwskazana, tam można nieraz z korzyścią stosować fulguracyę.

Polega ona na tem, że puszczamy na nowotwór prąd zmienny o wysokiem napięciu i wielkiej częstości zmian na sekundę w postaci snopa iskier o długości 10 15 cm. Wywołujemy zniszczenie nowotworu, bujanie tkanki łącznej w otoczeniu i obfity przypływ leukocytów wraz z surowicą, co zdaniem Keating-Harta powoduje ostateczne wypłukanie z rany pozostałych komórek i pobudza otoczenie do oporu przeciw rozrostowi nowotworu. Rany fulgurowane poddaje się najczęściej jeszcze naświetlaniom.

Tam, gdzie idzie o zniszczenie większych resztek nowotworu, tam fulguracya nie wystarcza i obecnie stosuje się ją głównie dla oczyszczenia wrzodziejących raków, pokrytych wydzieliną posokowatą i dla pobudzenia rany do żywego wytwarzania tkanki ziarninowej oraz pokrywania się nabłonkiem (epitelializacyi).

Przechodzę obecnie do głównego tematu, t. j. do przedstawienia ostatnich zdobyczy nauki na polu rentgenoterapii nowotworów.

Sprawa leczenia nowotworów zapomocą promieni Röntgena i substancyi promieniotwórczych weszła w ostatnich miesiącach na nowe tory; dzięki nowym badaniom problem uleczalności raka z pominięciem drogi chirurgicznej przestał już być utopią, a nieufność, z jaką odnoszono się do każdej metody, która nie była doszczętnem usunięciem nowotworu w granicach możliwie najszerszych, ustąpiła zbyt przesadnemu, jak dotychczas, optymizmowi.

Kiedy przed pół rokiem na Zjeździe fizyoterapeutycznym Gauss w imieniu szkoły Króniga oświadczył, że nietylko nowotwory, nie dające się już operować, ale nawet i te, które bezwzględnie dotychczas leczone były operacyjnie, należy poddawać skombinowanemu leczeniu promieniami Röntgena i radu, względnie mezotoru, brzmiało to do pewnego stopnia, jako sensacya. Niezwykłe zainteresowanie obudziły jednak przedstawione przez Gaussa odlewy woskowe (mulaże), a bardziej jeszcze preparaty drobnowidowe raków, usadowionych na części pochwowej macicy, na których wyraźnie można było widzieć stopniowy rozwój tkanki bliznowatej na miejscu rozpadających się wrzodów rakowatych. Pomimo to dopiero następny Zjazd ginekologów niemieckich w Halle pchnął sprawę energicznie naprzód i zachęcił do prowadzenia badań na szerszą skalę w wielu pracowniach niemieckich. To też zewsząd rzucono się do badań nad działaniem radu i mezotoru, a miało to przedewszystkiem to niekorzystne następstwo, że producenci tych przetworów w niebywały sposób podnieśli ich ceny; nie jest też wyłączone, że dla wywołania sztucznego wzrostu cen wycofali nawet istniejące zapasy z rynków handlowych, a obecnie zapowiadają, że cały zapas, jaki w ogóle będzie dopiero wyprodukowany do końca roku 1914., jest już wysprzedany.

Ponieważ w dodatku najmniejsza ilość radu, potrzebna do badań nad nowotworami, wynosi 200—500 milligramów, przeto i cena według obecnego kursu około 100.000—250.000 K niemałą jest przeszkodą do ogólnego stosowania tego sposobu leczenia; nieco taniej wypadają próby z mezotorem (około 250 K za milligram), a którego potrzebna ilość też nie jest mniejsza.

Dlatego z konieczności zwracają się oczy wszystkich badaczy na tem polu ku promieniom Röntgena w nadziei, że może przez ulepszenie wytwarzających je przyrządów, oraz zmianę metody leczniczej uda się osiągnąć wyniki tesame, co zapomocą substancyi promieniotwórczych, — innemi słowy, że może uda się naśladować działanie radu i mezotoru zapomocą promieni Röntgena.

Oddawna ogólnie wiadomo, że nawet rozległe i głębokie raki skórne można nieraz silnem naświetleniem zupełnie zabliźnić; wynik leczniczy i kosmetyczny jest wprost wspaniały, gdyż na miejscu głębokiego owrzodzenia w ciągu dwóch do trzech tygodni po naświetleniu wytwarza się blizna gładka, biała, jakiej inną metodą uzyskaćby nie było można. Już przed czterema laty miałem sposobność w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem przedstawiać takie przypadki, wyleczone doszczętnie, t. j. bez nawrotu.

Od lat pięciu mam w leczeniu staruszkę 80-letnią, którą naświetlałem z powodu rakowego owrzodzenia sutka, — już z przerzutami wzdłuż brzegu mięśnia piersiowego i pod pachą; owrzodzenie głębokie, bolesne, pokryte brudną posokowatą wydzieliną, usadowione na szczycie guza wielkości jaja gęsiego, zrośniętego z podstawą i nieruchomego, udało mi się w znacznej części już po kilku tygodniach leczenia zabliźnić, wzrost nowotworu i jego dalszy rozpad aż do dzisiaj wstrzymać, usunąć zupełnie bóle, które były tak nieznośne, że chora dotknięcia koszuli znosić nie mogła; jednem słowem utrzymać stan chorej możliwie dobrym aż do chwili obecnej: w obec późnego wieku chorej o innym doszczętniejszym zabiegu mowy być naturalnie nie mogło.

Niekiedy raki wewnętrzne również korzystnie oddziałują na naświetlania; rzecz jednak naturalna, że naświetlania przeważnie koją tu tylko bóle, a i to jest już niemałem dobrodziejstwem dla chorego. W daleko większym stopniu, niż raki, wrażliwe są na promienie Röntgena niektóre mięsaki. Już przed trzema laty przedstawiałem w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem rentgenogramy przypadku mięsaka, który stwierdzony został badaniem drobnowidowem w pracowni anatomo-patologicznej prof. Browicza. Złośliwość tego nowotworu widoczna była po każdorazowej operacyi, gdyż już w 2—3 tygodni po doszczętnem usunięciu narośli (Dr Wachtel), nowe masy nowotworowe ukazywały się w niezagojonej jeszcze ranie. Chodziło podówczas o odjęcie całego palca w stawie i jako »ultimum refugium« przed tak doszczętnym zabiegiem chorą postanowiono poddać naświetlaniom.

Rycina I. przedstawia rentgenogram, z którego widać zniszczenie ostatniego członka wielkiego palca, w szczególności brak zupełny guzowatości paznokciowej (tuberositas unguicularis) na prawym wielkim palcu, jednakże śladów nowotworu samego już niema, jak również niema też obecnie, t. j. po czterech latach nawrotu. Zniszczenie to szczególnie widoczne jest przy porównaniu z palcem wielkim zdrowym ręki lewej, gdzie ta guzowatość paznokciowa jest zachowana.



Ryc. I.

Przypadek mięsaka wyleczony promieniami Röntgena.

Niektóre mięsaki są tak wrażliwe na promienie Röntgena, że, jak się wyraził znany chirurg Ali Krogius, topnieją jak śnieg pod promieniami słońca. Takie wyleczenia w piśmiennictwie nie należą do rzadkości, a opisane zostały przez Béclérea, Mertensa, Hahna, Sjögrena, Kienböcka i innych. Kienböck stawia jako zasadę, że mięsaki wychodzące ze skóry i gruczołów bezwzględnie powinny być przedewszystkiem naświetlane, a dopiero w razie wyniku ujemnego leczone chirurgicznie. Zdaniem jego, zwłoka kilkutygodniowa najczęściej nie przynosi szkody choremu, a często już w ciągu kilku tygodni można osiągnąć niespodziewanie zniknięcie nowotworu.

Pomimo to przyznać trzeba, że wyniki te, jakie przy najlepszej nawet technice osiągnąć się dają, nie są stałe i nie mogą być ujęte w pewne ścisłe zasady, któreby pozwalały z góry oznaczyć, w jakim stopniu na uleczalność nowotworu w danym, konkretnym przypadku liczyć można; dlatego ogólnie obowiązuje zasada, że nowotwory, dostępne dla doszczętnej operacyi, powinny być operowane, i to jak najwcześniej, a tylko te, które nie dają się już usunąć na drodze chirurgicznej, poddajemy naświetlaniom.

Zasada ta została mocno zachwiana w ostatnich kilku miesiącach, jak to we wstępie powiedziałem, dzięki wynikom, osiągniętym zapomocą radu i mezotoru, a także częściowo i zapomocą promieni Röntgena jednakowoż już inaczej wytwarzanych, innych gatunkowo, oraz odmiennie stosowanych. Jeżeli chodzi wprost o naśladowanie lecznicze działania radu i mezotoru przez promienie Röntgena, to musimy w pierwszej linii uprzytomnić sobie, jaka różnica zachodzi między lampą Röntgena, a substancyami promieniotwórczemi; otóż wiadomo, że różnica ta polega na tem, iż z lampy Röntgena żadną miarą nie możemy wydobyć promieni tak głęboko drążących jak promienie γ, z których najszybsze przechodzą jeszcze przez płyty ołowiane grubości 20 cm. Jeżeli przytem słuszne jest przypuszczenie, że lwiej części niszczenia nowotworów dokonują te promienie γ (Abbé, Sellheim), to jasną jest rzeczą, że pierwszym warunkiem rozwoju rentgenoterapii, a raczej wogóle warunkiem jej dalszego istnienia dla leczenia spraw chorobowych, w głębi ustroju ukrytych, jest możność wytwarzania na drodze fizycznej promieni bezwzględnie głębiej drążących, niż te, które dotychczasowymi przyrządami wytwarzać potrafiliśmy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

O działaniu środków przeciwgorączkowych i o nowszych środkach przeciwgorączkowych

podał
Dr Zygmunt Wachtel,
asystent kliniki.

Do niedawna jeszcze było wśród lekarzy rozpowszechnione przekonanie, że każde podwyższenie się ciepłoty u chorego jest szkodliwe i że należy je usunąć lub zmniejszyć zapomocą środka przeciwgorączkowego. Zdanie to w połowie zeszłego stulecia wypowiedział Liebermeister, według którego zmiany anatomiczne narządów wewnętrznych po chorobach zakaźnych są następstwem długotrwałej gorączki. Dlatego też każdy środek lekarski, który obniżał ciepłotę, chętnie podawano, zwłaszcza zaś nowsze środki przeciwgorączkowe, które obniżają ciepłotę, nie wywołując przytem żadnych ubocznych objawów szkodliwych dla ustroju.

Obecnie na podstawie badań Naunyna, Pflügera, Finklera, Unverrichta i innych, przekonano się, że zmiany w narządach wewnętrznych po chorobach zakaźnych nie są następstwem podwyższonej ciepłoty, lecz substancyi toksycznych. Podwyższenie ciepłoty w chorobach zakaźnych jestto odczyn układu nerwowego ośrodkowego wobec drobnoustrojów względnie ich toksyn, jestto więc tylko objaw chorobowy, podobnie jak inne, o których niezawsze możemy wnosić, czy są dla ustroju szkodliwe, czy nie. Doświadczenia z ostatnich lat pouczają, że samo podwyższenie ciepłoty nie może być szkodliwe dla ustroju i że ono jest niejako obroną ustroju przed mikrobami. Doświadczenia na zwierzętach, u których wywołano w sztuczny sposób podniesienie ciepłoty, a które następnie zakażano drobnoustrojami, wykazały, że takie zwierzęta lepiej znoszą zakażenie, aniżeli zwierzęta, u których przedtem nie było podwyższonej ciepłoty. Działanie podwyższonej ciepłoty nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i nie wiadomo, czy ciepłota ta ma jakiś wpływ na rozrost i żywotność drobnoustrojów, lub na tworzenie się niweczników w ustroju, które zabijają drobnoustroje. Doświadczalnie przekonano się, że ilość niweczników u zakażonego królika, który nie gorączkuje, znacznie się zmniejsza, a po wywołaniu w sztuczny sposób gorączki znów się zwiększa. Opierając się na tych doświadczeniach nie powinno się właściwie zwalczać gorączki w chorobach zakaźnych i nie

ten cel powinny mieć środki podawane jako »przeciwgorączkowe«, ale powinny one przeciwdziałać głównie innym objawom, towarzyszącym zwykle gorączce, a mianowicie: przyspieszonej czynności serca, bólom głowy, duszności i niepokojowi, jakiego zwykle chory doznaje podczas gorączki, powinny też łagodzić bóle w różnych stanach chorobowych.

Zachodzi wobec tego pytanie, czy środki przeciwgorączkowe prócz tego, że obniżają ciepłotę, mogą w ten sposób zadziałać na ustrój. I w tym kierunku podjęte doświadczenia dowiodły, że środki przeciwgorączkowe działają uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło, podrażnione zwykle przy gorączce, czasem podobnie, jak małe dawki morfiny. Możemy wobec tego uważać środki przeciwgorączkowe za narkotyki, działające w ten sposób na ośrodki regulujące ciepło, że lekko porażają czuciową sferę mózgową. Można to udowodnić na zwierzętach, u których po podaniu środka przeciwgorączkowego następuje pewna ociężałość i senność. Przedewszystkiem zaś poucza doświadczenie kliniczne, że środki przeciwgorączkowe, podawane chorym, łagodzą często bóle i działają lekko nasennie, dlatego też Schmiedeberg nazywa środki przeciwgorączkowe z grupy antypiryny narkotykami w gorączce. Wiadomo też obecnie, że często podajemy środki przeciwgorączkowe nie po to, by obniżały ciepłotę, ale jako środki uspokajające chorego, dalej jako środki lekko nasenne, a w nerwobólach, jako środki kojące ból. W bólach głowy możemy działanie środków przeciwgorączkowych jeszcze w ten sposób wytłómaczyć, że rozszerzają one naczynia mózgowe, które w niektórych stanach chorobowych, przebiegających z uporczywym bólem głowy, znajdują się w stanie skurczu.

Ponieważ środki przeciwgorączkowe mają obecnie tak szerokie zastosowanie w lecznictwie, spotykamy się w ostatnich czasach z coraz nowymi przetworami, zachwalanymi jako nieszkodliwe i skutecznie działające. Wszystkie te środki z małymi wyjątkami są to związki pochodne, należące do grupy antypiryny lub kwasu salicylowego i działają podobnie, jak antypiryna i salicyl.

Zanim przystąpię do omówienia tych nowszych środków przeciwgorączkowych, wspomnę pokrótce, w jaki sposób działają na ustrój trzy główne, oddawna w lecznictwie wprowadzone środki przeciwgorączkowe, a mianowicie: antypiryna, salicyl i chinina.

Antypiryna, wytworzona przez Knorra w roku 1883, a do lecznictwa wprowadzona przez Filehnego, w ten sposób (zarówno jak środki od niej pochodne) wywołuje obniżenie ciepłoty, że rozszerza naczycia skórne i wprost działa na zwiększone wydalanie ciepła, czyli obniża ciepłotę ciała głównie z powodu przyspieszenia wydalania ciepła z ustroju. Geigel udowodnił to na drodze termoelektrycznej, a Maragliano zapomocą pletysmografu. Doświadczalnie przekonano się, że antypiryna nie działa rozszerzająco na inne naczynia i nie ma wpływu na napięcie większych naczyń w ustroju i że zachodzi pewien antagonizm między naczyniami skórnemi, a naczyniami innych narządów. Z tego powodu pod wpływem antypiryny ogólne ciśnienie w ustroju nie zmienia się lub też nieco tylko się zwiększa i większa ilość krwi przechodzi przez rozszerzone naczynia skórne, przyczem wydziela się większa ilość ciepła na zewnątrz. Należy jednak i na to zwrócić uwagę, że zwiększone wydzielanie ciepła z ustroju po antypirynie nie jest właściwym powodem jej działania przeciwgorączkowego; działa ona również uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło i to jest główną przyczyną jej działania przeciwgorączkowego.

Chinina, zawarta w korze chinowej, od najdawniejszych czasów zajmowała w medycynie ludowej pierwszorzędne stanowisko, a z końcem XVII wieku wprowadzona została do lecznictwa jako środek przeciwgorączkowy. Chinina jest środkiem przeciwgorączkowym, który obniża gorączkę w niektórych chorobach zakaźnych z powodu swoistego działania na przemianę materyi. Prócz tego, że chinina działa objawowo, działa ona w zimnicy wprost na przyczynę wywołującą podniesienie ciepłoty i niszczy w dawkach, dla ustroju ludzkiego nieszkodliwych, plasmodya zimnicze. Działanie chininy na przemianę materyi nie daje nam jeszcze całkowitego wytłómaczenia jej działania przeciwgorączkowego.

Spadek ciepłoty po chininie poza zimnicą, w której chinina działa wprost na przyczynę wywołującą podniesienie ciepłoty, ma jeszcze inną przyczynę. Działanie chininy na gorączkę w tych chorobach jest analogiczne z działaniem antypiryny, t. j. działa ona również uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło, jednakowoż działanie chininy na te ośrodki jest o wiele słabsze, niż działanie antypiryny (Gottlieb, Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak. 1890 T. 26) Spadek ciepłoty po chininie następuje z powodu zwiększonego wydalania i zmniejszonego wytwarzania ciepła w ustroju, a przedewszystkiem nie wpływa chinina na zwiększony rozpad istot białkowatych, co jest bardzo ważnym czynnikiem w chorobach, przebiegających z długotrwałą gorączką, gdyż ustrój oszczędza na istotach białkowatych. Niezawsze jednak działa chinina w chorobach zakaźnych tak skutecznie, jak w zimnicy; i tak w niektórych chorobach zakaźnych, n. p. w gruźlicy, nawet dość znaczne dawki nie wywołują znacznego obniżenia ciepłoty. W durze obniża chinina czasem przy miernych dawkach ciepłotę przez cały czas choroby. Być może, że i tu działa ona na samą przyczynę chorobową, podobnie jak w zimnicy.

Doświadczenia nad wessalnością chininy wykazały, że wchłania się ona bardzo powoli i część jej krąży niezmieniona we krwi i po 24 godzinach wydziela się $^1/_3$ lub $^1/_4$ zażytej chininy niezmieniona z moczem, reszta zostaje zniszczona podczas przemiany materyi w ustroju.

Przetwory salicylowe zajmują w lecznictwie niejako pośrednie stanowisko między antypiryną a chininą. Z chininą mają przetwory salicylowe to wspólne, że w niektórych chorobach działają prawdopodobnie, podobnie jak chinina, na samą przyczynę chorobową (n. p. w ostrym gośćcu stawowym). Salicyl, podobnie jak chinina, działa słabiej na ośrodki regulujące ciepło, jednakowoż przez swoje działanie przeciwgorączkowe tam, gdzie nie działa na samą przyczynę chorobową, zbliża się działaniem do antypiryny. Po przetworach salicylowych, podobnie jak po antypirynie, przemiana istot białkowatych znacznie się wzmaga (Kumagawa i inni). Spadek ciepłoty po salicylu następuje również z powodu zwiększonego wydalania ciepła z ustroju. Działanie salicylu w ostrym gośćcu stawowym jest według wszelkiego prawdopodobieństwa etyotropowe, t. j. salicyl działa na przyczynę wywołującą chorobę, na pewno jednak nie można tego twierdzić mimo badań Meurera i Mayera

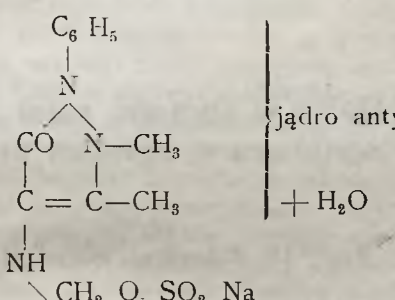
następnie Binza, Jacobyego i Bondiego, którzy w swoich pracach wywodzili, że salicyl działa na przyczynę chorobową.

Wolny kwas salicylowy działa podobnie na bakterye, jak kwas karbolowy, i jest silną trucizną tkankową, natomiast salicylan sodowy działa o wiele mniej trująco, jakoteż i odkażająco. Doświadczalnie również stwierdzono, że salicyl, krążący we krwi, nie działa trująco na ustrój, ani nie zabija drobnoustrojów, ale przy wyższem napięciu CO_2 zostaje z salicylanu sodowego uwolniony kwas salicylowy i ten działa zabójczo na bakterye. Napięcie CO_2 prawidłowych tkanek jest dość małe (około 6%), a napięcie CO_2 tkanek dotkniętych zapaleniem rośnie i dochodzi do $17{\cdot}5\%$. Przekonano się dalej, że we krwi przy uduszeniu napięcie CO_2 jest znacznie większe, niż w tkankach prawidłowych, bo dochodzi do 12% i w tych przypadkach również działa wolny kwas salicylowy, podobnie jak w stanach zapalnych. W ten sposób można sobie wytłómaczyć działanie miejscowe odkażające przetworów salicylowych w stawach dotkniętych zapaleniem, przyczem nie występuje szkodliwy wpływ na tkanki, ani na układ nerwowy.

Po tych ogólnych uwagach o środkach przeciwgorączkowych przystępuję do przedstawienia wyników leczniczych kilku nowszych środków przeciwgorączkowych, które w ostatnim roku szkolnym stosowano w krakowskiej klinice medycznej.

1. Melubryna.

Jestto siarkan sodowy fenylodwumetylo-pyrazolon-amidometanu o wzorze chemicznym:



Melubryna składa się więc z jądra antypirynowego z dodatkiem siarkanu sodowego amidometanu. Przetwór ten wyrabia fabryka chemiczna w Höchst nad Menem.

Jestto proszek biały krystaliczny, bez smaku, w wodzie łatwo (1:1), w wyskoku trudno rozpuszczalny; wodny jego rozczyn oddziaływa obojętnie, jednakowoż szybko się psuje, dlatego praktyczniej używać tego leku w tabletkach lub w proszku, który można każdej chwili przed podaniem rozpuścić w wodzie. Doświadczenia nad działaniem przeciwgorączkowem melubryny, wykonane w uniwersyteckich zakładach we Fryburgu i we Wrocławiu, miały wykazać, że melubryna działa tak, jak antypiryna, względnie nawet lepiej. Zwierzęta znosiły bardzo duże dawki bez żadnych objawów zatrucia.

Melubrynę stosowali Schrenk i Loening jako środek przeciwgorączkowy; w ostrym gośćcu stawowym stosowano melubrynę bardzo często z podobnym wynikiem leczniczym, jak salicyl.

W klinice krakowskiej stosowano melubrynę w roku 1912 i 1913 w przeszło 100 przypadkach, i to we wszystkich tych stanach chorobowych, w których się zwykle podawało salicyl lub aspirynę: w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym, w zapaleniu stawów na tle wiewióra, w rwie kulszowej i wszystkich innych nerwobólach, dalej w chorobach gorączkowych celem obniżenia ciepłoty, a więc w durze, w wysiękach opłucnych, w zapaleniu płuc krupowem i w gruźlicy płuc, wreszcie w kilku przypadkach wiądowych przełomów żołądkowych.

W ostrym gośćcu stawowym można było zauważyć w przeważnej liczbie przypadków, że melubryna działa podobnie, jak salicyl i od niego pochodne przetwory, t. j. po podaniu 5—8 gramów melubryny ciepłota ciała znacznie się obniżała, bóle były mniejsze. Również i obrzęki zapalne zajętych stawów ustępowały po kilku dniach po podaniu melubryny z równoczesnem stosowaniem miejscowem 10% maści ichtyolowej.

Według Saara miała melubryna w przypadkach ostrego gośćca stawowego działać na zmiany w sercu, jakie się zwykle spotyka już z początkiem choroby; szmery w sercu miały w niektórych przypadkach znikać po zażyciu kilku gramów melubryny. W klinice krakowskiej nie mogliśmy zauważyć, by melubryna wywierała jakikolwiek korzystny wpływ na zmiany w sercu, jakie się zwykle spotyka w toku gośćca stawowego ostrego, a w jednym nawet przypadku ostrego gośćca stawowego z następowemi zmianami zapalnemi na wsierdziu i w mięśniu sercowym, melubryna nie działała zupełnie na sprawę zapalną w stawach; nie zauważono też żadnego korzystnego działania melubryny w tym przypadku na serce. Z tego powodu usunięto w tym przypadku po pięciu dniach melubrynę i podano aspirynę (sześć gramów dziennie). Po dwóch dniach podawania aspiryny bóle w stawach ustały, obrzęki znacznie się zmniejszyły. Był to jedyny przypadek, w którym melubryna zawiodła.

W jednym przypadku rwy kulszowej podawano przez 5 dni melubrynę (8 gramów dziennie) z równoczesnem codziennem ogrzewaniem suchem powietrznem schorzałej kończyny. Po pięciu dniach bóle zupełnie ustąpiły i chora czuła się tak dobrze, że nie chciała dłużej pozostać w klinice. Nie wiadomo, czy w tym przypadku należy ten skutek przypisać melubrynie, czy też skombinowanemu działaniu melubryny i nagrzewania suchem powietrzem.

W jednym przypadku zapalenia stawu nadgarstkowego lewego na tle wiewióra melubryna zupełnie nie działała, tak że po 4 dniach musiano ją odstawić.

Podawano też melubrynę w wysiękach opłucnych na tle gruźliczem, jakoteż i w nielicznych przypadkach na tle gośćcowem. We wszystkich tych przypadkach melubryna obniżała ciepłotę ciała o jeden stopień, czasem i o więcej stopni, ale na same wysięki nie miała żadnego dodatniego wpływu; w gruźlicy płuc również obniżała melubryna nieznacznie ciepłotę, ale nie zawsze; czasami mimo znacznych dawek melubryny nie można było obniżyć ciepłoty i musiano się uciekać do innych środków przeciwgorączkowych.

W nerwobólach działała melubryna podobnie, jak aspiryna lub piramidon.

Stosowaliśmy też melubrynę w bólach żołądkowych (crises gastricae), towarzyszących wiądowi rdzenia, bez najmniejszego jednak skutku, jakkolwiek niektórzy opisują dodatnie działanie melubryny w takich przypadkach.

We wszystkich tych przypadkach, w których podawano melubrynę, nie zauważaliśmy żadnych szkodliwych

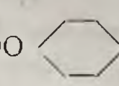
ubocznych objawów, nawet po wielkich dawkach. Chorzy po melubrynie nie skarżyli się na dolegliwości żołądkowe, jakie często się spotyka po salicylu lub aspirynie, a nawet chorzy, którzy nie znosili aspiryny, zażywali melubrynę bez żadnych objawów ze strony żołądka. Po znacznych dawkach melubryny można było czasem zauważyć przyspieszenie czynności serca, które po odstawieniu środka, lub też zmniejszeniu dawki natychmiast ustępowało. Nie można też było zauważyć żadnego szkodliwego działania na nerki; podawana w przypadkach białkomoczu melubryna nie wywoływała zupełnie zwiększenia się ilości białka w moczu. Niektórzy autorowie podają, że po kilkodniowem podawaniu melubryny u osób z białkomoczem, znikało białko z moczu. W naszej klinice jednak nie widzieliśmy ani razu, by wskutek stosowania melubryny ilość białka zmniejszała się, a jeżeli czasem się zdarzyło, że rzeczywiście u chorego z białkomoczem w okresie podawania melubryny ilość białka się zmniejszała lub białko znikało z moczu, to zależało to od tego, że chory leżał spokojnie w łóżku na odpowiedniej dyecie; skoro tylko chory taki na kilka godzin wstał z łóżka, natychmiast można było wykazać znów białko w moczu.

Melubrynę można było zawsze po 24—30 godzinach wykryć w moczu (po dodaniu sześciochlorku żelaza występuje zabarwienie brunatno-czerwone, które po ogrzaniu nie ustępuje). Należy również pamiętać o tem, że po melubrynie podobnie, jak po antypirynie, może być odczyn Nylandra dodatni z powodu istot redukujących, znajdujących się w moczu i dających podobny odczyn, jak cukier. W tych przypadkach dodatniego odczynu Nylandra wykryto w moczu kwas glykorunowy (Saar).

Melubrynę można na zasadzie naszych doświadczeń polecić jako środek przeciwgorączkowy, jakoteż jako środek uśmierzający bóle nerwowe i postawić ją na równi z salicylem i antypiryną. Nad aspiryną, która działa podobnie jak salicyl i nie wywołuje dolegliwości żołądkowych (ponieważ rozpuszcza się dopiero w jelitach) — ma melubryna wyższość ze względów praktycznych. Mianowicie lekarz często jest skrępowany w zapisywaniu aspiryny, gdyż aspirynę uważa publiczność za lek powszechny na wszystkie choroby i każdy chory już przed przybyciem lekarza ordynuje sobie sam lub za radą rodziny aspirynę; skoro wezwany lekarz poleci aspirynę, można często spotkać się ze zdaniem »poco było posyłać po lekarza, skoro nic nie zapisał, tylko aspirynę» O melubrynie zaś, która podobnie działa jak aspiryna, szerszy ogół jeszcze nie wie i nie patrzy na nią z uprzedzeniem.

2. Elbon.

Przetwór ten, wyrabiany przez firmę »Ciba« (Chem Industrie Basel), jest związkiem mocznika z kwasem cynamonowym o wzorze chemicznym:

$C_6H_5 — CH = CH — COO$  $NH — CO — NH_2$.

Związek ten tworzy białe kryształy bez smaku i woni, o punkcie topliwości 204⁰, trudno rozpuszcza się w wodzie, nieco łatwiej w alkoholu i w acetonie oraz w tłuszczach, rozkłada się na mocznik i kwas cynamonowy, ciała o znanych własnościach przeciwgorączkowych. Kwas cynamonowy działa jako taki lub utlenia się na kwas będźwinowy, wreszcie w związku z glykokolem wydziela się jako kwas hipurowy. Że tak się istotnie dzieje, świadczy o tem to, iż w moczu osób zażywających elbon pojawiają się wielkie ilości kwasu będźwinowego czystego oraz kwasu hipurowego.

Od dawna znane są połączenia kwasu będźwinowego jako środki przeciwgorączkowe. Przed 30 laty uważano je nawet za środki lecznicze przeciwgruźlicze, tembardziej, że odznaczają się własnością wydzielania się w drogach oddechowych. Te też własności były powodem, że elbon wprowadzono do lecznictwa, i to do leczenia przeciwgruźliczego, przypisując mu wpływ znaczny i korzystny na obniżanie względnie usuwanie gorączki gruźliczej. (Minnich. Beitr. zur Klinik d. Tuberculose Bd. XX Heft. 2). Czy tak jest istotnie? Nasze doświadczenie pod tym względem jest skąpe. W klinice naszej podawano elbon u czterech chorych na gruźlicę w drugim i trzecim okresie; wpływ elbonu na obniżanie ciepłoty stwierdzono niewielki. Po podaniu elbonu pojawiał się spadek ciepłoty zaledwie o $0{\cdot}5^0$ i nie trwał długo, tak że o trwałem obniżaniu ciepłoty wskutek stałego a powolnego wytwarzania się kwasu będźwinowego, w ustroju nie może być mowy. W jednym przypadku gruźlicy, przebiegającej w postaci septycznej (z dreszczami, gorączką i silnymi napadami kaszlu) zauważono wpływ korzystny o tyle, iż napady dreszczów i gorączki bardzo powoli zmniejszały się i na pewien czas ustawały; również i ilość plwociny zmniejszyła się. Tyle możemy na razie powiedzieć o działaniu elbonu.

Jeszcze słowo w sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę

napisał

Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz.

Okoliczności zrządziły, że po oddaniu ten temat omawiającego rękopisu do druku dla »Przeglądu lekarskiego« miałem sposobność badać przypadek, będący poniekąd poparciem mego zdania, wypowiedzianego w poprzednim artykule co do pochodzenia plam barwikowych.

D. 29. XII. 1913 zjawiła się w klinice mojej Regina B, 22 l. żydówka, by dowiedzieć się, czyby mogła bez obawy przymusowego powrotu pospieszyć za mężem do Ameryki. Brunetka bardzo ciemna, o śniadej cerze. Nigdy rzekomo na oczy nie chorowała, tylko czasami miewa w prawem oku kłucie. Badanie wykazuje: Na spojówce powiek prawego oka, miernie przekrwionej, blizny powierzchowne, gładkie; ciało brodawkowe lekko przerosłe, gdzieniegdzie, zwłaszcza na dolnym załamku, kilka granulacyi. Tylko na spojówce górnej powieki blizna może większa, lekko wciągnięta, a na zewnątrz i nieco poniżej niej widać plamę barwikową, ciemną, wielkości większego ziarna prosa. W górnej mniejszej jej części wydaje się powierzchowną, gdy większa dolna część głębiej ułożona i mniej zbita.

Lewe oko: Spojówka blada, a na załamkach znamienne powierzchowne blizny jaglicze.

Dla zbadania wyciąłem spojówkę i tarczkę w miejscu barwikowem prawego oka, a badanie, przeprowadzone przez Dra Rosenhaucha, asystenta kliniki, dało wynik zupełnie podobny do opisanych w pierwszym moim artykule.

Szukając plam barwikowych na twarzy i ramionach nigdzie ich nie znalazłem; atoli chora sama zwraca uwagę na to, iż na górnej wardze, bliżej lewego kącika, ma plamkę, którą spostrzegła przed kilku miesiącami. Plama ta, wielkości łebka szpilki, leży dość powierzchownie, jak się zdaje, ale na czerwonem tle wargi mało podpada.

Ta koincydencya przemawiałaby zatem, że podobne do tego znamienia barwikowego powstało inne znamię na spojówce powiek, a dopiero wskutek zanikowej sprawy spojówki więcej się uwydatniło, a może i rozplenieniu uległo.

Żałuję, że w poprzednich przypadkach nie zaznaczono barwy owłosienia chorych. W tym przypadku zaś była barwa ciemno-hebanowa tak wybitną, że ją zapisać poleciłem, sądząc, że u ciemnych brunetów łatwiej pojawiają się znamiona barwikowe na różnych częściach ciała. Tak, jak ono pojawiło się na wardze, tak samo mogło znaleść się i na spojówce, bez wpływu zatem jaglicy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

H a b s. **Chirurgia trzustki.** (Med. Klinik, 1913, Nr 32). Dla pewnego rozpoznania schorzeń trzustki właściwie nie mamy typowych objawów klinicznych. Dość cechujące są jednak zwykle bóle napadowe koło pępka, dalej przy objawach brzusznych brak napięcia powłok, a wreszcie objawy zmiany czynności trzustki (brak trypsyny, steapsyny, cukromocz i t. p.). Czasem występuje charakterystyczne bronzowe zabarwienie skóry, a nieraz żółtaczka. Odczyn Cammidgea nie jest pewny. Löwis podał odczyn adrenalinowy: przy nieczynności trzustki wkroplenie adrenaliny do spojówki wywoływać ma rozszerzenie źrenicy. Operujemy obecnie na trzustce z powodu urazów, ostrego zapalenia (t. zw. udaru względnie zgorzeli trzustki), dalej z powodu ropnego zapalenia, zapalenia przewlekłego, torbieli i nowotworów. Operacya ma za cel dokładne oglądnięcie trzustki, nacięcie torebki lub gruczołu i dokładne otoczenie trzustki tamponami celem odprowadzania wydzieliny na zewnątrz. Pamiętać należy o tem, że przewlekłe zwłaszcza zmiany trzustki mają często za tło schorzenie dróg żółciowych. W razie wytworzenia się przetoki stosujemy zaraz t. zw. dyetę Wohlgemutha (białka i tłuszcze). Przewlekłe sprawy z początku można leczyć wewnętrznie (odżywianie węglowodanami, pankreon, kalomel, jodek potasu). Do operacyi przystępujemy w razie silnych przypadłości lub podupadania stanu ogólnego. W przypadkach nowotworów próbują też obecnie wycinania nawet i całej trzustki. K.

M i y a k e. **Statystyczne, kliniczne i chemiczne studya nad etyologią kamieni żółciowych, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków japońskich i niemieckich.** (Arch. f. klin. Chir. 101, I). W Japonii kamica żółciowa występuje u kobiet znacznie rzadziej, niż w Niemczech, co autor odnosi do tego, że Japonki nigdy nie noszą gorsetów. Głównie występują w Japonii kamienie barwikowe, w Niemczech zaś cholestearynowe. W 17·9% przyczyną kamieni są pasorzyty (ascaris i distomum spatulatum). Żółć zwykle przy kamicy jest zakażona prątkiem okrężnicowym. Przy długotrwałej chorobie i zamknięciu przewodu pęcherzykowego występuje z czasem brak kwasu solnego w żołądku. Żółć Japończyka nie wiele różni się od żółci Europejczyka, zawiera tylko mniej cholestearyny, lecytyny i soli żółciowych. K.

T s c h e r n i a c h o w s k i. **W sprawie stosowania szwu naczyń krwionośnych do leczenia tętniaków.** (Deut. Zeitsch. f. Chir. 123, I—II). Wobec postępów szwu naczyń krwionośnych powinny dawne sposoby leczenia tętniaków, zwłaszcza zaś podwiązywanie (z wyjątkiem tętniaków mniejszych naczyń krwionośnych) ustąpić miejsca doszczętnemu leczeniu zapomocą szwu okrężnego ewent. bocznego. Doświadczenia na zwierzętach przekonały T., że w 72% przypadków następuje po szwie idealne zgojenie przy zupełnie zachowanej drożności światła. Przy tętniakach tętniczożylnych ze wspólnym szczelinowatym otworem zastosować można doskonale szew boczny ścienny, przy tętniakach worczastych sposób Matasa (zwężenie worka do rozmiarów prawidłowego kalibru), w innych wycięcie worka i szew okrężny kikutów pozostałych. K.

G o e t j e s. **O uszkodzeniach więzadeł krzyżowych stawu kolanowego.** (Deut. Zft. f. Chir. 123, III—IV). Uszkodzenia więzadeł krzyżowych stawu kolanowego bez innych większych zranień są rzadkie i trudno je rozpoznać, zwłaszcza że z początku zwykle spotykamy tylko objawy zwykłego wykręcenia stawu, a właściwe objawy zjawiają się dopiero późno. Najczęściej ulega uszkodzeniu wewnętrzny pęczek więzadła przedniego, potem tegoż pęczek zewnętrzny. Często odrywa się przytem część kości, co wykazać można promieniami Röntgena, ew. z czasem tworzy się z tego myszka stawowa. Wysięku z początku nieraz nie ma, zjawia się on dopiero przy próbach chodzenia i wtedy też zjawiać się mogą objawy uwięźnięcia, niezupełnego zwichnięcia, osłabienie kolana i t. p. Zwykle też dopiero wtedy rozpoznaje się właściwe tło cierpienia. Leczenie z początku zachowawcze, a gdy to nie pomaga - operacya (przyszycie więzadła, usunięcie oderwanych kostek i t p.). K.

B e c k e r i P a p e n d i e c k. **Nowoczesne leczenie gruźlicy stawów, zwłaszcza stawu biodrowego i emancypacya jego od szpitala i łóżka.** (Med. Klin. 1913, Nr 33—34). Bardzo często postępujemy źle przy cierpieniach stawów z tego powodu, że rozpoznajemy szablonowo gruźlicę tam, gdzie jej nie ma, lub. co gorzej, nie rozpoznajemy jej na czas tam, gdzie ona właśnie jest. Sprawa ta zwłaszcza dla lekarza-praktyka ma pierwszorzędną wagę. Nietrudno rozpoznać gruźlicę, gdy są już ropnie, przykurczenia lub przetoki, lecz sztuką jest rozpoznać ją wczas. Co do leczenia, to obecnie hołdujemy postępowaniu zachowawczemu, bo przekonaliśmy się, że wczesna operacya rzadko leczy doszczętnie, a z drugiej strony przez leczenie zachowawcze osiąga się zwykle bardzo dobre wyniki. Chodzi przy tem leczeniu przedewszystkiem o ustalenie stawu i, co główna, o usunięcie jego obciążenia, a temu nie może zadosyć uczynić leczenie w łóżku, lecz jedynie odpowiedni aparat czy opatrunek gipsowy z szynami, usuwającemi obciążenie (w stawie biodrowym). Nie należy też zbyt wcześnie cieszyć się poprawą stanu i ustaniem bolesności, bo przypady przy zawczesnem obciążeniu stawu nieraz powracają, lub zwolna zjawia się przykurczenie. Dawniej głównem dążeniem było uzyskanie przez wyleczenie ruchomego stawu. Obecnie w ciężkich przypadkach rezygnujemy z tego, a dążymy do osiągnięcia ścisłego zesztywnienia w korzystnem ustawieniu. Jeżeli sprawa wygoi się przy częściowo ruchomym stawie, wtedy dopiero ostrożnie możemy próbować rozruszać staw dalej. Z tych też powodów za najodpowiedniejszy sposób leczenia uważają autorzy opatrunek gipsowy, a potem dobrze leżący aparat, nie nadaje się zaś do leczenia wyciąg, ten bowiem zatrzymuje chorego w łóżku i utrudnia zesztywnienie stawu tam, gdzieby ono było pożądane. Pamiętać należy, że gruźlica dużego stawu trwa kilka lat, nie należy też zbyt wcześnie uważać chorego za wyleczonego i pozwalać mu obciążać kończynę. Również z wyżej podanych powodów gruźlica stawów u osób młodych nie powinna być leczona w szpitalach, lecz ambulatoryjnie. Rokowanie u dzieci jest zwykle dobre, należy jednak dbać bardzo o wzmocnienie całego ustroju. Zły wynik przy gruźlicy stawu ma często

za przyczynę złe początkowe leczenie. Natomiast u starszych rokowanie jest poważniejsze i z tego powodu wspomniane wyżej zasady muszą tu ustąpić miejsca doszczętniejszym sposobom leczenia. K.

Welcker. **Zgorzel na tle cholery i duru. Symetryczna zgorzel na wojnie bałkańskiej z wyłączeniem odmrożenia.** (Zblt. f. Chir. 1913, Nr 42). Na ostatniej wojnie bałkańskiej spostrzegano liczne przypadki symetrycznej zgorzeli rąk i stóp u żołnierzy, której nie można było odnieść do żadnej z ogólnie znanych przyczyn, zwłaszcza odmrożenia. Zmiany zjawiały się głównie u chorych, usposobionych do tego przez przebycie cholery, duru, czerwonki, lub nieżytów przewodu pokarmowego. Czynnikami sprzyjającymi były także: nieodpowiednie obucie stopy, złe odżywianie się, zwłaszcza przeważnie roślinne, wilgoć i wysiłki fizyczne. Alkohol nie odgrywa tu roli, bo zgorzel występowała także u Turków, mimo, że Muzułmanie prawie trunków nie używają. K.

Schlagintweit. **Powstawanie, leczenie i zapobieganie kamicy pęcherzowej.** (IV. Zjazd niemieck. Tow. urolog. Berlin X 1913) Nie znamy jeszcze dokładnie przyczyny powstawania złogów w ogólności. Wobec tego nie postąpiliśmy też wiele naprzód w zapobiegawczem leczeniu kamieni. W krajach kulturalnych kamienie pęcherzowe występują obecnie rzadko, i to głównie u małych chłopców (złe odżywianie, prymitywne stosunki higieniczne), ew. na tle ciał obcych, schorzeń pęcherza lub dziedzicznie. Małe kamyki nie mogą często odejść same, bo przylegają ściśle do błony śluzowej, pęcherz źle się kurczy, lub istnieją zaułki, zwężenia, i t. p. S. spostrzegał 326 przypadków kamieni, z tego 256 moczanowych i fosforanowych; 216 dostało się do pęcherza z nerki. Obecnie kamienie rozpoznawać powinniśmy cystoskopem i promieniami Röntgena, a leczyć, o ile tylko się da, kruszeniem. Cięcie wysokie stosujemy u małych dzieci, z powodu niemożności wprowadzenia narzędzia kruszącego do cewki, dalej przy zwężeniach lub obecności guza pęcherza, a wreszcie gdy kamień leży nieruchomo w zaułku lub jest zbyt twardy, ewentualnie gdy utworzył się koło dużego lub ostrego ciała obcego. Po operacyi kontrolować trzeba wynik cystoskopem. K.

Położnictwo i ginekologia.

Hannes. **Wytwarzanie się kości w bliźnie po laparotomijnej.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 21). Ogłoszonych dotąd 15 przypadków powstawania tkanki kostnej w bliznach polaparotomijnych dotyczy wyłącznie mężczyzn; natomiast 2 przypadki, podane przez H., odnoszą się do kobiet. W pewnym przypadku znalazł on tkankę kostną, stanowiącą dolny brzeg wrót przepukliny, która powstała w bliźnie po sączkowaniu rany laparotomijnej. W przypadku drugim zropiałą torbiel jajnikową wszyto w ścianę brzuszną i rana również goiła się »per secundam«. W 22 lat później w bliźnie powstała ropiejąca przetoka, a dno przetoki stanowiła płytka kostna, wielkości dłoni. Gdy wszystkie inne przypadki histogenetycznie uważane są za skostnienie blizny lub powięzi, to swój drugi przypadek uważa autor za urazowe skostnienie mięśni (myositis ossificans traumatica). Na etyologię przypadków tych składają się »skaza kościotwórcza« (diathesis ossificans, Virchow Billroth) cięcie w linii środkowej (nasada 2 szerokich ścięgien) i ciężka praca (mężczyzn). Usadowienie tkanki kostnej wywykonywa się przy bezpośredniem wskazaniu. A. Markowa.

Scherer. **Przyczynek do kazuistyki ciąży, powikłanej wadą serca.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 19). Na 17.261 porodów spostrzegał autor 51 przypadków niewyrównanej wady serca z sinicą i dusznością, białkomoczem, obrzękami i t. d. Przypadki te obejmowały 11 poronień, 9 porodów przedwczesnych, 29 porodów na czasie i 2 ciąże. W 11 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, coby stanowiło 21·5%. Odsetek ten znacznie się zmniejszy, gdy się zważy, że w 5 przypadkach były ciężkie powikłania ze strony bądź płuc, bądź nerek. Śmierć nastąpiła: raz po samorodnem wydaleniu płodu, a przed urodzeniem łożyska, 2 razy w krótki czas po porodzie siłami natury, 2 razy po obrocie i wydobyciu płodu, raz w przebiegu poronienia w toku, raz przed rozwiązaniem w czasie porodu, raz po wydobyciu płodu zmacerowanego, raz w połogu. Dwa przypadki wyszły z ciążą utrzymaną, w pozostałych 38 poród przebiegał dobrze. A. Markowa.

Stephan. **Śmierć przy porodzie z powodu śródotrzewnego krwotoku z żylaka, usadowionego na brzegu macicy.** (Gyn. Rund. 1913 Nr 18) Opisując przypadek zejścia śmiertelnego, wywołanego pęknięciem żylaka na macicy i krwotokiem do jamy brzusznej, kładzie autor nacisk na doniosłość wczesnego rozpoznania, gdyż ono tylko może uratować matkę i dziecko. Główne objawy stanowią: ostra niedokrwistość, osłabienie lub zapad, nagły ból w brzuchu, wzdęcie i tkliwość na ucisk, stłumienie. Płód obumiera w miarę krwawienia. Nakłucie próbne może się przyczynić do rozpoznania. Jedyną metodę leczenia stanowi rychła laparotomia, którą poprzedzić powinno jaknajszybsze rozwiązanie rodzącej. A. Markowa.

Frankl. **O czynności jajników w przebiegu choroby Basedowa.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 17). Choroba Basedowa, występująca pięć razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn, przypada na okres zmian fizyologicznych w czynności jajnika: pokwitanie, ciąża karmienie, przekwitanie. Na zasadzie badań licznych autorów sądzi Fr., że jedynie zmniejszoną czynność jajników można tu uważać za czynnik usposabiający. W 23 przypadkach miał F. sam sposobność stwierdzić zależność między miesiączką (widomy znak czynności jajników), a chorobą Basedowa. W pięciu przypadkach w początku i pierwszych miesiącach choroby miesiączkowanie nie uległo zmianie, w 2 zaczęło się pojawiać 2 razy na miesiąc, w 6 wystąpiło osłabienie peryodu (były to przypadki o różnem nasileniu), a w 10 miesiączkowanie ustało (amenorrhoea). Z ostatnich dziesięciu te, w których się brak miesiączki stale utrzymywał. miały przebieg ciężki. Brak miesiączkowania zatem jest jedynie zbiorem objawów (syndrome) chorobowych, mogącym mieć znaczenie w rokowaniu. Leczenie choroby Basedowa zapomocą kołaczyków z jajowodów oddało autorowi duże usługi. A. Markowa.

Salis. **Skuteczne leczenie nawrotu zmięknienia kości zapomocą adrenaliny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 46). Autor opisuje ciężki przypadek zmięknienia kości, leczonego fosforem, solankami, wreszcie wytrzebieniem, gdzie pomimo to w 11 lat po wycięciu jajników wystąpił nawrót. Opierając się na teoryi Bossiego, który uważa zmięknienie kości za wyraz niesprawności nadnerczy, stosował autor serye wstrzykiwań adrenaliny 1‰ i po 2 seryach uzyskał wyleczenie. Sądzi on razem z Bossim i innymi autorami, że leczenie to powinno zawsze poprzedzać ewentualne wytrzebienie. A. Markowa.

Bumm i Voigts. **Przyczynek do techniki leczenia raka zapomocą naświetlania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 31). Rak narządów rodnych niewieścich nader dobrze nadaje się dla badania działania promieni. gdyż z jednej strony wykazuje różnorodność postaci, a z drugiej jest łatwo dostępny zarówno dla leczenia, jak i dla kontroli. Udostępnienie pierwotnego guzka osiąga się zapomocą odpowiednich wzierników, cięć pomocniczych, rozszerzania szyjki i t. d. Środkami idealnymi również i ze względu na stronę techniczną są: rad i mesotor, lecz ich cena zmusza do wydatnego używania lampy Röntgena. Autorowie leczyli: 1) 2 przypadki raka cewki moczowej: 700 X i 806 X wywołały zupełny zanik tkanki rakowej; 2) przypadek raka części pochwowej: 1927 X, wyleczenie w 72 dniach; 3) nawrót po wyłuszczeniu zrakowaciałej macicy: 900 X spowodowały rozpad tkanki rakowej, mesothorium dokończyło wyleczenia; 4) przypadek raka części pochwowej: 664 X, wyleczenie w 25 dni. — Odczyn tkanek na promienie Röntgena,

jakkolwiek słabszy, jest identyczny z odczynem na rad i mesotor. Wogóle pochwa znosi promienie Röntgena w ilości większej i lepiej, niż skóra i inne błony śluzowe. Przyrządy Verfa umożliwiają naświetlanie 4 chorych naraz, 24—30 w ciągu dnia, licząc po godzinie na każdą. Oczywiście ułożenie chorych musi być wygodne. Występujące pod wpływem leczenia zwężenie pochwy i strup usuwa się zapomocą tamponów i glinki lenicetowej (Lenicetbolus). Dawka radu i mesotoru wynosi średnio 150—300 mg na 10—12 godzin. Jedno leczenie wynosiło 15—20000 mg godzin. Promienie β wyłączają autorowie dopiero w miarę postępu w leczeniu. Często stosowali autorowie równocześnie tę średnią dawkę mesotoru i 30—50 X przez godzinę. Półroczna obserwacya stwierdza brak nawrotów i szybką poprawę stanu ogólnego. Co do działania promieni w głąb, t. j. na przerzuty, to B. i V. rozporządzają dotąd 3 przypadkami, gdzie nietylko klinicznie stwierdzono brak nacieku, ale i mikroskop wykazał typowy rozpad ognisk.

A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie d. 7. X. 1913.

A. Landau i A. Rząśnicki: **Studya nad sprawnością trzustki.** Omówiwszy we wstępie dotychczasowe metody badania wydzielania zewnętrznego trzustki, przechodzą autorzy do własnych badań, przeprowadzonych na przeszło 50 osobach. Autorowie zmierzali do rozstrzygnięcia pytania, czy zjawisko wracania się treści dwunastnicy do żołądka zachodzi wyłącznie po wprowadzeniu doń znaczniejszej ilości oliwy, czy też stale w warunkach prawidłowego trawienia. Autorzy w swych poszukiwaniach posługiwali się zwykłem śniadaniem próbnem i stwierdzili, iż w 55% badanych przypadków wykazać można w treści żołądkowej znaczniejsze ilości zaczynu tryptycznego, które z jednej strony dowodzą przedostawania się do żołądka treści dwunastnicy, z drugiej zaś sprawności wydzielania zewnętrznego trzustki. Zapomocą danych liczbowych bronią autorzy poglądu, iż zgłębnikowanie żołądka po zwykłem śniadaniu próbnem dostarczyć może nader cennych wskazówek klinicznych o stanie trzustki. W całym szeregu przypadków L. i R. zgłębnikowali dwunastnicę zapomocą zgłębnika Eichhorna; bezpośrednie zbadanie treści dwunastnicy pozwalało dokładniej ocenić czynność trzustki, oraz wykazać wartość metody poprzedniej. W końcu przytaczają autorzy przypadek upośledzonego wydzielania zewnętrznego trzustki, stwierdzonego przez zgłębnikowanie dwunastnicy i żołądka, ze sprawnem wydzielaniem zewnętrznem. L. i B. dochodzą do wniosku, iż w treści żołądkowej niepodobna odróżnić dyastazy śluzowej od trzustkowej, tak iż badanie co do zaczynu dyastatycznego nie oddaje tych usług klinicznych, jak trypsyna w soku żołądkowym.

Dyskusya. a) M. Rejchman twierdzi, że przechodzenie treści dwunastnicy do żołądka nie jest zjawiskiem fizyologicznem, lecz patologicznem, lub sztucznie wywołanem przez wysiłki wymiotne podczas zgłębnikowania. Gdyby treść dwunastnicy dostawała się do żołądka wcześniej, a nie w chwili zgłębnikowania, to niewątpliwie zaczyny trzustkowe uległyby strawieniu przez sok żołądkowy. Z drugiej strony w treści żołądka u chorych dotkniętych niedomogą wydzielniczą (achylia) nie bywa ani peptonu, ani albumoz, które niewątpliwie możnaby wykryć, gdyby sok trzustkowy dostawał się stale do żołądka. W każdym razie sposób otrzymywania soku trzustkowego do badań zapomocą zgłębnikowania żołądka uważa B. za jedną z najlepszych metod — b) Kryński zaznacza, że doświadczenie kliniczne przekonało, iż w przypadkach wrzodu okrągłego wyniki lecznicze po operacyi zespolenia żołądkowo-jelitowego bywają najlepsze wówczas, gdy oprócz dokładnego funkcyonowania nowoutworzonego połączenia z jelitem istnieje drożność odźwiernika, a więc możliwość przedostawania się żółci i soku trzustkowego z dwunastnicy do żołądka. Dziś wiemy, że obecność ich tam spełnia ważne zadanie lecznicze, zobojętniając nadmiernie kwaśną treść żołądkową. — c) Rzętkowski omawia szczegółowo sposób Bołdyrewa oznaczania sprawności wydzielniczej trzuski, który stawia wyżej nad oznaczanie zaczynu tryptycznego w kale. Zgłębnikowanie dwunastnicy uważa Rz. za najpewniejszy i najczystszy sposób badania. Dalej omawia Rz. szczegółowo własności kału u chorych na trzustkę i rozpoznawcze znaczenie jego badania. Cierpienia trzustki są zdaniem Rz. bardzo ostre, albo bardzo przewlekłe. W tych drugich prędzej, czy później lekarz może zdać sobie sprawę, o co chodzi. W bardzo ostrych zaś przypadkach sposoby badania trzustki dotychczas mają znaczenie podrzędne, trwają bowiem zbyt długo i nieraz zawodzą. Być może, że w tych przypadkach udałoby się skorzystać z metody Abderhaldena wykrywania we krwi swoistych zaczynów obronnych przeciwtrzustkowych. — d) Halpern zaznacza, że badania, o których mowa, może się przyczynią do rozstrzygnięcia, czy obok braku soku żołądkowego może być też i brak soku trzustkowego. Opierając się na własnej obserwacyi, sądzi H., że istnienie takich przypadków jest bardzo prawdopodobne. Co do techniki badań trypsyny, to metoda Grossa-Fulda przy małych ilościach zaczynu daje wyniki wątpliwe, gdyż sam płyn jest z natury rzeczy mętnawy; trudno jest zatem wyrobić sobie pojęcie o stopniu zmętnienia po dodaniu kwasu octowego. — e) Pawiński zaznacza, że wyniki, jakie prelegent otrzymał w swych doświadczeniach, mają znaczenie ogólniejsze. Wykazują one, w jak znacznym stopniu ustrój nasz rozporządza samopomocą, jak brak dostatecznej czynności jednego narządu zastępuje zwiększona czynność innego. — f) Landau w odpowiedzi utrzymuje, że wracanie się zawartości dwunastnicy do żołądka jest raczej zjawiskiem naturalnem i że w każdym razie wyzyskanie tego zjawiska oddać może nieocenione usługi rozpoznawcze. Zmniejszenie się kwaśności żołądkowej po zespoleniu żołądkowo jelitowem występować może bez wracania się treści jelit do żołądka, wskutek zmian wydzielniczych w jego błonie śluzowej. Metoda Bołdyrewa w połowie zbadanych przypadków jest zbyteczna. Metoda Fuld-Grossa jest czuła i dokładna. Wyrównawcza czynność trzustki przy braku kwasu solnego w żołądku nieraz zawodzi.

T. Borzęcki.

Posiedzenie kliniczne d. 21. X. 1913.

1) Wiśniewski przedstawił chorą, u której przed 3 laty dwa razy naświetlił **promieniami Roentgena naczyniaka jamistego** fałdu nosowo-wargowego; obecnie niema prawie żadnego śladu na miejscu guza.

2) Erbrich F. **O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałów podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardła i samych migdałów.** Zależność niektórych cierpień bądź pojedynczych narządów, bądź też ogólnych, od przewlekłego zapalenia migdałów, można stwierdzić w odpowiednich przypadkach. Za niezbity dowód takiej zależności uważa E. te przypadki, w których po wyłuszczeniu migdałów odpowiednie cierpienia ustąpiły w zupełności. Na podstawie 40 przypadków dochodzi E. do wniosków następujących: 1) Badanie gardła, szczególnie migdałów, powinno być dokonywane dokładnie w każdym przypadku przewlekłego gośćca, wady serca, t. zw. długotrwałych stanów gorączkowych niejasnego pochodzenia. 2) T. zw. przewlekły gościec stawowy, obostrzający się, zależy od przewlekłych ropnych cierpień migdałów. 3 T. zw. przewlekłe wady serca, uznawane dotychczas za sprawy pochodzenia gośćcowego, mają nieraz swe źródło w przewlekłem ropnem zapaleniu migdałów. 4) Przewlekłe długotrwałe gorączki, jakoteż związana z niemi często niedokrwistość, w braku zmian w innych narządach, zależą bardzo często

od przewlekłego ropnego zapalenia migdałów. 5) Co się tyczy zależności zapaleń wyrostka robaczkowego od cierpień migdałów, to nie jest ona dowiedziona, choć zdaje się bardzo prawdopodobną. 6) Często powtarzające się zapalenia gardła, t. zw. anginy, szczególniej u dzieci, są to jedynie obostrzenia, raczej wybuchy stale istniejącego ropnego zapalenia migdałów. W każdym przypadku istniejącego przewlekłego ropnego zapalenia migdałów (tonsillitis chronica purulenta) radzi E. doszczętnie usuwać migdały. W przypadku zaś nieropnego zapalenia wystarcza nieraz metodyczne oczyszczanie migdałów, a tylko w wyjątkowych razach (n. p. śpiewacy) konieczne bywa wyłuszczenie migdałów. E. radzi również usuwać doszczętnie migdały w razie obecności powiększonych gruczołów szyjnych, wychodząc z tej zasady, że migdały stanowią wrota dla rozmaitych zakażeń, również i dla gruźlicy; t. zw. gruczoły zołzowe szyjne powstają drogą zakażenia przez migdały. Wreszcie na zasadzie własnych spostrzeżeń dochodzi E. do wniosku, że t. zw. przewlekłe zapalenie migdałów bywa zwykłe i ropne, i to zapalenie ropne, które E. nazywa »tonsillitis chronica purulenta«, wywołuje owe często spostrzegane długotrwałe gorączki bez jasno określonego pochodzenia, sprowadza obostrzenia gośćcowe, podtrzymuje i pogarsza istniejące zmiany przy wadach serca i wreszcie stanowi przyczynę często przytrafiających się wybuchów t. zw. angin, lub ostrych ropni okołomigdałkowych. T. Borzęcki.

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

W każdym szpitalu od dobrej organizacyi pracy lekarskiej zależy działalność racyonalna i przyszłość instytucyi; w nierównie większej mierze stosuje się to do szpitala dziecięcego ze względu na czynnik nader ważny, dominujący nad życiem szpitala dziecięcego, ciągłą groźbę zawleczenia zakażeń z zewnątrz lub przeniesienia ich wewnątrz z oddziału na oddział, z sali na salę. Dlatego też szpital dla dzieci wymaga jednolitego kierownictwa, zmierzającego do ogólnych celów lecznictwa szpitalnego. ale przedewszystkiem do nieobrażania zasady »primum non nocere«, co właśnie w wysokim stopniu czynią zakażenia szpitalne, tak że dziecko lepsze warunki pielęgnowania i leczenia opłaca niebezpieczeństwem zakażenia dodatkowego, mieszanego, o ile leczy się na oddziale zakaźnym lub zakażenia nowego, o ile się leczy na oddziale niezakaźnym. Przy budowie nowego szpitala dziecięcego najtrudniejszem do rozwiązania zadaniem jest właśnie takie rozmieszczenie pawilonów i sal szpitalnych, aby uniemożliwić, a przynajmniej do minimum sprowadzić zakażenia szpitalne. Wobec nieustalonych i niejednolitych poglądów w nauce na szerzenie się chorób zakaźnych, zwłaszcza tych, których zarazków dotąd nie znamy, a więc większości ostrych chorób wysypkowych u dzieci, różne systemy bywają stosowane w budownictwie szpitali dziecięcych: wspólne pawilony i sale dla wszelkich chorób zakaźnych, ale za to odosobnienie każdego chorego w celce (boksie), oddzielne pawilony dla każdej kategoryi chorób zakaźnych i wszelkich kombinacyi chorób zakaźnych.

Jedna zasada zdobyła sobie jednak ogólne uznanie, to zasada t. zw. stacyi obserwacyjnej, jako niezbędnej części składowej każdego szpitala dziecięcego. Oddział taki, przeznaczony dla spraw zakaźnych jeszcze nie wyjaśnionych, zabezpiecza od zawlekania przypadków zakaźnych na oddziały niezakaźne w stopniu dość znacznym i bez takiego oddziału już dziś nie można wyobrazić sobie szpitala dziecięcego, chyba, że szpital byłby urządzony systemem izolacyi osobniczej na sposób francuski, to znaczy, że byłby jedną wielką stacyą obserwacyjną.

Przy projektowaniu szpitala im. Karola i Maryi uznaliśmy za stosowne nie poddawać się krańcowym prądom, woleliśmy zatrzymać z systemu dotychczasowej izolacyi pawilonowej to, co w nim było dobrego, uzupełnić go tem, co za dobre w systemie izolacyi osobniczej uważaliśmy i tym sposobem stworzyć szpital, zbudowany podług jednolitej idei przewodniej co do unikania zakażenia, ale z uwzględnieniem nie jednej tylko metody walki z zakażeniem. Gdybyśmy przypuścić mogli, że szpital nasz wkrótce nie będzie jedynym nowocześnie urządzonym szpitalem dziecięcym w Warszawie, gdyby materyał nasz na dozorczynie stał już w chwili obecnej na wysokim poziomie, być może wartoby było śmiałym rzutem przenieść wzory paryskie na nasz grunt nawet w przewidywaniu, że się okażą wkrótce niezupełnie odpowiednimi na nasze warunki. Ponieważ jednak czterdzieści lat oddziela założenie ostatniego szpitala dziecięcego w Warszawie od zakładanego obecnie, przezorniej jest wybrać system pośredni, który zarówno ciało pielęgniarskie, jak lekarskie, łatwiej zrozumie i sobie przyswoi. Bo trzeba to sobie szczerze powiedzieć, że najnowsze zdobycze w dziedzinie walki z chorobami zakaźnemi w szpitalach nie są jeszcze ogólnem dobrem nawet naszego świata lekarskiego, wiadomości teoretyczne, reminiscencye z oglądanych zakładów nie zastąpią bowiem codziennych wzorów, przejścia szkoły we wzorowo urządzonej instytucyi, a takich brak było dotąd u nas.

Pierwszy skład personalu lekarskiego szpitala im. Karola i Maryi znajduje się w nader pomyślnych, ale i trudnych warunkach, ciążyć bowiem na nim będzie praca pionierska w zakresie leczenia szpitalnego chorób zakaźnych, u nas, gdzie zakażenia wewnątrzszpitalne uważa się za »zło

konieczne« szpitali dziecięcych, gdzie się to znosi, gdzie to nie mąci sumienia kierownika i jego współpracowników. Tymczasem każde zakażenie szpitalne powinno być »casus belli« w szpitalu dziecięcym, powinno zmuszać do skontrolowania natychmiastowego całego aparatu szpitalnego, wykrycia źródła zakażenia i, o ile to możliwe, stłumienia tego źródła na razie i na przyszłość. Kierownikowi szpitala pomagać powinni w tym względzie wszyscy współpracownicy lekarscy i pielęgniarscy, wszyscy dla dobra sprawy powinni z nadzwyczajną sumiennością wypełniać ogólne przepisy i z całą szczerością przyznawać się w razie jakiegoś nieszczęśliwego zbiegu okoliczności do przekroczenia przepisów, aby wyrządzoną już krzywdę sprowadzić do jaknajmniejszych rozmiarów, lub, jeżeli to jeszcze możliwe, jej zapobiedz. Oczywiście, że ważnym warunkiem jest odpowiednie urządzenie szpitala, ułatwia ono bowiem personalowi znakomicie racyonalne wykonywanie zadań, a pamiętać powinniśmy, że i tu, jak wszędzie, zalety osobiste personalu są wszystkiem; — pielęgniarki angielskie potrafią unikać zakażeń szpitalnych przy rozmieszczeniu najróżnorodniejszych chorych zakaźnych na tej samej sali (Bedisolation), dzięki tylko rozsunięciu łóżek i prawdziwie chirurgicznie aseptycznemu obchodzeniu się z chorymi. W urządzeniach szpitala Karola i Maryi, dzięki światłej, opartej na prawdziwem zrozumieniu i ukochaniu sprawy ofiarności fundatorki szpitala, p. Zofii Szlenkerówny, zastosowaliśmy wszystko. co w danej chwili rozwoju szpitalnictwa zastosować było można; reszta leży w rękach pracowników szpitala, od ich dobrej woli i oddania się sprawie zależy przyszłość instytucyi.

Dobra organizacya pracy lekarskiej w szpitalu wymaga przedewszystkiem odpowiedniego i dobrego podziału pracy. Personal lekarski, jak już to podniosłem wyżej, musi być w szpitalu dla dzieci nierównie lepiej zorganizowany, sharmonizowany, niż w szpitalach ogólnych ze względu właśnie na konieczność trzymania się ściśle jednakowego systemu w stosunku do chorób zakaźnych. Lekarze muszą być pod tym względem wyznawcami jednej idei, którą wraz z postępem za wspólną ugodą zmienić mogą na inną, ale przez czas określony aż do nowej zmiany konsekwentnie jej muszą hołdować. Ta sprawa ma związek ścisły z życiem praktycznem szpitala. Pozatem pożądanem jest bardzo, aby lekarze, nie zatracając swej indywidualności lekarskiej, przez jaknajczęstszą i jaknajgłębszą wymianę zdań, zbliżali się możliwie w swych poglądach i zasadach i wytwarzali pewne jednolite środowisko. Nie powinien być personal szpitala towarzystwem wzajemnej adoracyi. ani kliką, oddzielającą się murem chińskim od innych środowisk, ale powinien mieć swoją odrębną fizyonomię jako całość. Źle jest nawet w szpitalach ogólnych, jeżeli naczelny kierownik nie żyje jego życiem, jako współpracownik lekarski, a zadawala się rolą administracyjną, ale szpital ogólny, rozbity na autonomiczne oddziały, mniej może na tem cierpi; jest tylu kierowników, ilu ordynatorów oddziałów, i całość, może nie zupełnie harmonijnie, ale się składa. Rzecz zupełnie inna w szpitalu poświęconym jednej specyalności, a zwłaszcza w szpitalu dla dzieci; z wyłuszczonych już obszernie względów, obawy zawleczenia zakażenia, kierownik szpitala musi być sam nietylko obeznanym gruntownie ze swym działem specyalistą, ale musi być duszą instytucyi, inicyatorem wszelkich w niej poczynań i organizatorem wszelkich zmian. Personal lekarski szpitala dziecięcego powinien takie stanowisko kierownika nietylko uznawać, ale uważać za niemożliwe inne stawianie sprawy. Doświadczenie szpitali dziecięcych uczy, że upadek ich zaczyna się z chwilą postawienia na ich czele osób niewyrobionych w swej specyalności, dla których rozwój i rozpęd instytucyi nie jest pierwszą troską, lub z chwilą, gdy pierwotni kierownicy, nieraz inicyatorzy i organizatorzy instytucyi, z biegiem czasu zatracają dawne zalety, a nowych ludzi jako zastępców nie dopuszczają. Kierownik musi w szpitalu dziecięcym mieć wszystkie nici w ręku, złym kierownikiem jest jednak ten, który zebrane w swych rękach nici zazdrośnie lub nieopatrznie przed oczyma reszty personalu ukrywa. Ma prawo wymagać poddania się naczelnej komendzie, lecz powinien pamiętać, że ma pod tą komendą sztabowców, z których każdy powinien umieć zająć kiedyś, tu czy gdzieindziej, samodzielne stanowisko. Każdy członek personalu lekarskiego powinien znać dokładnie całokształt urządzeń i działalności instytucyi, interesować się jej losem, wbrew temu, co się nieraz spotyka, że asystent, od paru lat na danym oddziale w szpitalu pracujący, nie umie o innych oddziałach udzielić zwiedzającemu objaśnień. Zdarzało mi się niejednokrotnie, że sami oprowadzający mnie asystenci skarżyli się na to, ale tłómaczyli się tem, że nikt ich do takiego zainteresowania się instytucyą nie zachęcił.

I n t e r n i. Okazywać pomoc kierownikowi powinien cały personal lekarski szpitala, ale niektórzy z personalu szczególnie się w tym celu wyrabiać powinni. Mam tu na myśli lekarzy i n t e r n ó w szpitala, którzy z codziennem życiem szpitala najwięcej się stykają. O ile lekarze interni nie uznają, czy przez niezrozumienie, czy przez nieporozumienie, czy zniechęcenie, zarządzeń kierownika i tylko im się formalnie z przymusem poddają, życie instytucyi, tak czułej na wszelkie drgnienia, jak szpital dziecięcy, nie może iść prawidłowo i niestety zbyt rychło objawia się to w dezorganizacyi pracy i opieki lekarskiej stałej, w zjawianiu się częstszem zakażeń szpitalnych z całym zbiorem wynikających stąd następstw. Tak samo bywa ze statystyką szpitalną, w której prowadzeniu pomagają kierownikowi szpitala głównie interni. Wykonując tę pracę, trzeba mieć przekonanie o jej korzyści, celowości i przeświadczenie, że dane te będą zużytkowane. Dla tego też najlepiej, gdy opracowanie danych, statystycznych odbywa się co rok i bywa w sprawozdaniu drukiem ogłaszane. Z rocznych takich danych statystycznych z biegiem lat gromadzić można obfity materyał i nader interesujące tematy do prac, pogłębiających nasze wiadomości epidemiologiczne patogenetyczne, społeczno higieniczne i wiele innych. Dla tego też w kartach szpitala im. Karola i Maryi ułożono szczegółowe wywiady osobnicze i rodzinne; niektóre szczegóły wydawaćby się mogły zbytecznymi, gdy się jednak pomyśli, że jest to nietylko zbieranie danych, potrzebnych dla danego przypadku, lecz dla powyżej wspomnianych zestawień, zbierający wywiady intern nie będzie się czuł obciążonym pracą zbyteczną. Dla ułatwienia zresztą pracy zostało drobnym drukiem podane wszystko potrzebne i należy tylko dopisywać, wykreślać lub podkreślać. W drugiej ważnej sprawie musi kierownik szpitala liczyć na zupełnie lojalne i na zrozumieniu istoty rzeczy oparte postępowanie internów, to w sprawie odwiedzania chorych dzieci przez rodziców; nie może tu być wyjątków od przyjętej zasady. Zasada dopuszczania rodziców jaknajrzadziej wypływa z poważnych powodów: niezamącania psychiki dziecka przez częste odwiedziny, po których dziecko nanowo przechodzi ten przełom duchowy, jaki już przeszło po przyjęciu, nim przyzwyczaiło się do swego nowego otoczenia.

Drugi wzgląd, nie mniej ważny, to możliwość zawleczenia zakażenia przez odwiedzających rodziców, którzy mają inne dzieci w domu chore, lub stykają się z choremi dziećmi sąsiadów. Przy odwiedzaniu raz na tydzień można zaprowadzić bardzo ścisłą kontrolę, przy częstszem odwiedzaniu zabierałoby to za dużo czasu i odrywało od prawdziwego zadania szpitala. W szpitalu im. Karola i Maryi odwiedzanie odbywa się raz na tydzień w niedzielę w ściśle oznaczonych godzinach; intern dyżurny zbiera od każdego z odwiedzających dane co do chorób zakaźnych w jego najbliższem otoczeniu i dopiero wydaje bilet wejścia. Na oddziały zakaźne odwiedzających wcale się nie wpuszcza, przyglądają się dzieciom przez drzwi oszklone. Do sal chorych na oddziałach niezakaźnych wpuszcza się rodziców tylko po nałożeniu fartuchów.

Jak w tej, tak i w innych sprawach interni, o ile nie

są przekonani, powinni domagać się wszelkich wyjaśnień od kierownika, ale odstępować od zasady nie powinni, gdyż wtedy psuje się cały system.

(Ciąg dalszy nastąpi).

50-lecie doktoratu medycyny.

O obchodzie jubileuszowym Dr. Wągrowskiego otrzymujemy następujące wiadomości:

Niezwykle uroczyście odbył się dnia 21 grudnia 1913 w Czortkowie akt wręczenia odnowionego dyplomu Dr Karolowi Belina Wągrowskiemu. Po udzieleniu sędziwemu Jubilatowi błogosławieństwa w kościele parafialnym OO. Dominikanów, zgromadzili się lekarze miejscowi i okoliczni, deputacye Wydziału powiatowego, gminy Czortków, wszystkich towarzystw dobroczynnych i oświatowych i liczne koło znajomych ze wszystkich warstw społeczeństwa w pięknie przystrojonej sali Rady powiatowej. Dwaj najstarsi lekarze powiatu wprowadzili Jubilata do sali, a pierwszy przemówił lekarz powiatowy Dr. Grudzewski, wręczając Jubilatowi odnowiony dyplom Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W przemowie swojej przypomniał dr. Grudzewski Jubilatowi chwilę promocyi, która się odbyła 21 grudnia pamiętnego 1863 roku, w czasie, kiedy Jubilat już od dłuższego czasu udzielał pomocy tym, którzy na polu walki o wolność narodu szwank ponieśli na zdrowiu. Mowca przypomniał słowa przysięgi i ślubowania i całą żmudną półwiekową pracę Jubilata w zawodzie. Pracę tę uznało społeczeństwo, wśród którego pracował, a wyrazem tego uznania była jednomyślna uchwała grona profesorów Wydziału lekarskiego i Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego udzielenia Jubilatowi odnowionego dyplomu, »quippe qui per multos annos medici munere honorificentissime functus sit et inter praecipua societatis ornamenta numeratus officium publicum pro tuenda sanitate felicissime gesserit«, przeto udziela mu Uniwersytet »Doctoris medicinae lauream«. »Wręczając Ci ten zaszczytny dyplom« — kończył mowca — »poczytuję sobie za zaszczyt, że wolno mnie pierwszemu, — jak ongi przed 50 laty członkom Senatu akademickiego, — złożyć Ci życzenia słowem »gratulor«; tem samem rozpoczynam tę uroczystość »quod bonum, felix, faustum fortunatumque sit«.

Następnie imieniem Komitetu urządzającego uroczystość złożył Jubilatowi życzenia starosta Piątkiewicz. Imieniem Sekcyi czortkowskiej Tow. lek. gal. podniósł lekarz powiatowy Dr. Sękiewicz z Buczacza w pięknej przemowie znaczenie zrzeszenia się lekarzy i pracy Jubilata w tym kierunku. Imieniem Wydziału powiatowego i ludności powiatu przemawiał p. Wyhowski, imieniem gminy burmistrz Dr. Mossler, a wreszcie delegaci gminy wyznaniowej izrael. i towarzystw dobroczynnych i oświatowych złożyli Jubilatowi życzenia.

Wieczorem dnia tego odbył się bankiet, w którym udział brało oprócz lekarzy liczne grono znajomych i cała rodzina Jubilata. Wśród szeregu przemówień podnieść należy toast Dra Lica z Jagielnicy, który z niezwykłą swadą podniósł zasługi Jubilata wobec społeczeństwa, wśród którego pracował i wśród którego zdobył sobie niezwykłą powagę i miłość.

Dr. Karol Belina Wągrowski urodził się w roku 1838 w Wieliczce jako syn urzędnika salinarnego. Szkoły średnie i Wydział lekarski ukończył w Krakowie, gdzie też promował się dnia 21 grudnia 1863. Jeszcze przed promocyą został asystentem przy katedrze chemii w Krakowie (Prof. Dr. Czyrniański). W roku 1865 i 1866 był asystentem i sekundaryuszem oddziału chorób wewnętrznych szpitala powszechnego we Lwowie. Równocześnie mianowany został suplentem przy Zakładzie medyko-chirurgicznym Uniwersytetu lwowskiego, gdzie wykładał chemię lekarską. W r. 1867 mianowany prowizorycznym lekarzem powiatowym w Czortkowie, w r. 1878 lekarzem powiat. II klasy, w 1881 I klasy, w 1896 starszym lekarzem powiatowym, a w r. 1907 na własną prośbę przeniesiony w stan spoczynku, otrzymał tytuł krajowego inspektora sanitarnego i medal honorowy za 40-letnią służbę.

W roku 1862 zamianowany został przez Rząd narodowy pomocnikiem inspektora oddziału inspekcyi inwalidów Rady lekarskiej krakowskiej, a w roku 1863 był lekarzem w szpitalu Bonifratrów, gdzie pełnił służbę na oddziale rannych powstańców. Wspólnie z Drem Maciejowskim, Orzechowiczem, Nowakiewiczem, Rugierem, Longschampsem, Witzem i Głowackim układał projekt statutu mającego się zawiązać Towarzystwa lekarzy galicyjskich (uchwalony na Walnem Zgromadzeniu 12/2 1867).

Dr. G.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Doroczne posiedzenie sprawozdawcze Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę 14. I. 1914.

— Pogrzeb nieodżałowanej pamięci Prof. Dr. Erwina Męsowicza odbył się 4. I. 1914. Na miejsce wiecznego spoczynku towarzyszył konduktowi pomimo wichru i deszczu tłum osób, świadczący obok mnóstwa wieńców, złożonych na trumnie, jak wielką wdzięczność i uznanie ś. p. Męsowicz sobie w szerokich kołach zaskarbił. W żałobnym orszaku postępowali za rodziną wiceprezydenci miasta dr. Szarski i Sare, rektor uniwersytetu prof. dr. Kostanecki i prorektor prof. dr. Zoll z gronem profesorów ze wszystkich wydziałów, prezydent Izby lekarskiej dr. Schoengut, przedstawiciele różnych Towarzystw, wśród nich liczna deputacya Towarzystwa »Sokół« w mundurach i w ordynku. Przemówień nad trumną na życzenie Rodziny zmarłego nie było.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« prosi nas o zaznaczenie, że Kalendarz na r. 1914 jest już na wyczerpaniu, by koledzy, chcący Kalendarz zamówić w jego redakcyi, zechcieli się pośpieszyć, cena bowiem księgarska Kalendarza jest wyższa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. XII. do 27. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (obcych 3 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 1, płonicy 19 † 1 (1 † —), odry 17 † 2, duru brzusznego 1 † 1 (2 † —), róży — † 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. W Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem przewodniczącym zebrań ginekologicznych na rok 1914 wybrany został kol. Fr. Neugebauer, zastępcą przewodniczącego kol. Cz. Stankiewicz, sekretarzem kol. Zygm. Zakrzewski; przewodniczącym zebrań chirurgicznych kol. Wł. Szteyner, zastępcą kol. Sławiński, sekretarzem kol. Smużyński; przewodniczącym zebrań laryngo-otyatrycznych kol. Meyerson, sekretarzem Polański.

— »Przegląd pedyatryczny« wychodzić będzie od r. 1914 w znacznie zwiększonej objętości. Przedpłatę podwyższono na 6 rb. rocznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 22. XII. do 29. XII. 1913 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 2 † —.

Dr. Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało swym prezesem na r. 1914 dr. Kaliksta Krzyżanowskiego, wiceprezesem prof. dr. Kucerę, sekretarzem stałym doc. dr. Hornowskiego, dorocznym dr. Szczepańskiego, skarbnikiem Dr. Lenartowicza, redaktorem »Tygodnika lek.« prof. Dr Nowickiego.

— W Instytucie dentystycznym Uniwersytetu lwowskiego (Zielona 5 a) urządza od poniedziałku 12. I, 6 wieczór, do soboty 17. I. prof. Cieszyński dla lekarzy dentystów-stomatologów kurs uzupełniający z dziedziny chirurgii dentystycznej. znieczulania do zabiegów w jamie ustnej i rentgenografii zębów i szczęk. W godzinach wieczornych od 6—8 wykłady teoretyczne, w godzinach porannych od 7 $^{1}/_{2}$ — 9 $^{1}/_{2}$ ćwiczenia praktyczne. Ponieważ liczba uczestników jest ograniczoną, należy nadesłać zgłoszenia jak najrychlej. Taksa za kurs całkowity przy 10 uczestnikach kor. 100. Z materyału klinicznego instytutowego korzystać mogą uczestnicy przez dalsze 3 tygodnie.

Mianowani: Prof. Bumke z Fryburga dyrektorem kliniki neurol.-psychiatrycznej w Rostocku; dr. W. Russel profesorem medycyny klinicznej w Edynburgu; Prof. Sherrington z Liverpoolu profesorem fizyologii w Oxford.

Zmarli: Dr. Gabryel Wawelberg w 46 r. ż. w Warszawie; Dr Julian Filleborn z Dynaburga w Krakowie; Dr Józef Goldbaum w 46 r. ż. w Warszawie; chirurg Sydney Jones w Londynie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1913. (Dokończenie).

Neurologia polska Tom III. Z. 5.: Ciechanowski i Landau: Meningitis cystica. — Flatau i Sterling: O objawie rowka podrzepkowego. — Wł. Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidyzmem oraz pokrewnymi typami.

Kronika dentyst. Nr 12.: Zieliński: W sprawie związku pomiędzy stanem septycznym jamy ustnej a chorobami ogólnemi.

Przegląd higieniczny Nr 11.: Kolski: Handel mlekiem we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 23.: Mikulski: W walce z alkoholem, od słowa do czynu. — Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących.

Przegląd higieniczny. Nr 12: Drexler: O zakładaniu ulic miejskich.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Nr 12: Zanietowski: Kilka słów o balneografii ziem polskich w stosunku do topografii zdrojowisk Europy (z mapą). — Inwestycye w Krynicy.

Słowo lek. Nr. 22—24. XIX. Wiecowi Izb lekarskich w Austryi. — Walka lekarzy niemieckich z kasami chorych. — W sprawie gimnazyalistów-robotników. — Dziewoński: Seminarzyści z Kęt w ciągu feryi 1913. — Grzybowski: Studenci jako robotnicy. — Ciechanowski: Stan sanitarny w Galicyi. — Projekt ustawy o lekarskiej działalności w Rosyi. — Glassner: Przegląd dotychczasowych głosów w sprawie studentów-robotników. — Lekarze i praca polityczna w Niemczech. — Grün.: O kongresach lekarskich dla spraw społecznych. — Fischer: Tajemnica lekarska.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Grudzień 1913. Monachium (J. F. Lehmann). Cena zeszytu 4·50 Mk.

Przeznaczony na chirurgię i ortopedyę zeszyt grudniowy wypadł w tym roku obszernie (6 arkuszy druku), a zawiera oprócz przeglądu postępów chirurgii pióra prof. Josepha i przęglądu postępów ortopedyi pióra prof. Langego, rozprawy prof. Payra: »Kamica żółciowa« i prof. Ludloffa: »Leczenie cierpień stawu kolanowego«.

Dr med. Matilde von Kemnitz: *Moderne Mediumforschung*. Monachium 1914. (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Niejednokrotnie już demaskowano proste oszustwa, które czas jakiś uchodziły za zjawiska medyumistyczne. Prozelici medyumizmu nie dają jednak za wygraną i wyszukując coraz to nowe »medya«, wznawiają potrzebę badań krytycznych i ścisłych obserwacyi. Takie obserwacye, ciekawe niepospolicie z punktu widzenia także lekarskiego (dowolne »przeżuwanie« u człowieka, użyte do symulacyi zjawisk medyumistycznych) ogłasza Dr Matylda v. Kemnitz, zbijając zarazem krytycznie twierdzenia Dra v. Schrenk Notzinga w sprawie t. zw. »materyalizacyi«. Z.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Doroczne posiedzenie sprawozdawcze Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. stycznia 1914 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu za rok 1913.

Nadesłane.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Purgen. Prof. Dr. R. Wernicke (Annales del Circulo Médico) z Buenos Aires, ogłasza wyniki doświadczeń tym środkiem na przeszło 50 chorych przeprowadzonych i uznaje go za najlepszy środek przeczyszczający. B. W.